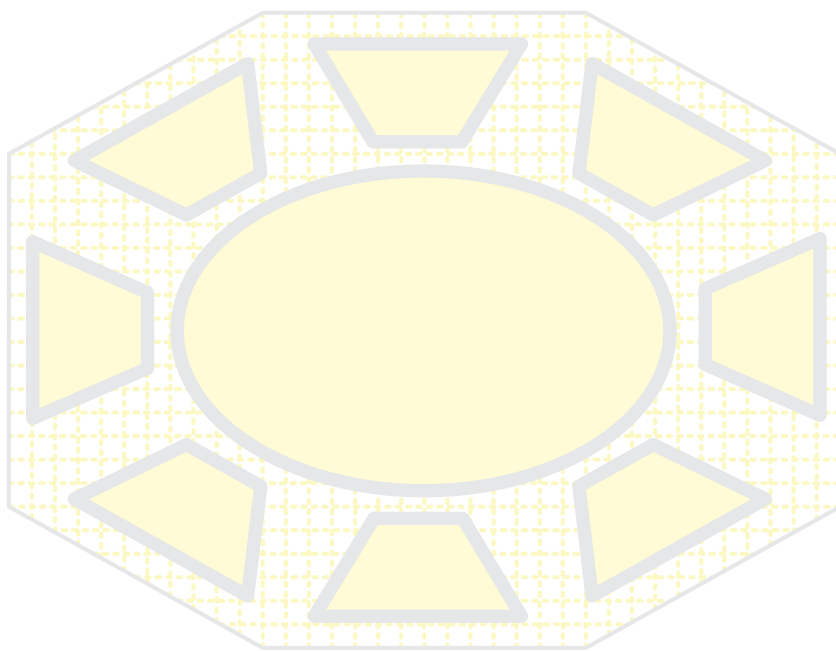


QUADERNO FORMATIVO

“IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE E LA VALUTAZIONE”

**“ LA FORMAZIONE
CONTINUA”**



INDICE

Prefazione

Claudio Cecchini

Assessore alle Politiche sociali e per la Famiglia

Introduzione

M. Gemma Azuni

Dirigente del Servizio "Pianificazione territoriale e Sistema Informativo"

Riferimenti normativi

Le competenze della Provincia in materia di formazione

Presentazione del corso

"Il Servizio Sociale Professionale e la valutazione"

Approccio alla funzione valutativa dell'assistente sociale nell'attuale contesto del Welfare. Codice deontologico. Aspetti normativi.

Luigi Colombini

La valutazione dei servizi alla persona e alla comunità nella legislazione statale vigente

Paola Rossi

La funzione valutativa dell'assistente sociale: un elemento di evoluzione della professione

Un patto tra le professioni

Adriana Cortesi Gay

L'assistente sociale e la valutazione nell'attuale contesto sociale e socio-sanitario

Il processo di valutazione: teoria, metodi e strumenti

Marco Accorinti

Welfare locale e valutazione: il ruolo delle amministrazioni provinciali

L'attività di valutazione come dimensione propria della professione di servizio sociale. Autovalutazione del lavoro degli assistenti sociali.

Angelina Di Prinzio

Elena Spinelli

L'attività di valutazione come dimensione propria del servizio sociale professionale

Aspetti teorici e metodologici nella valutazione dell'intervento nella relazione di aiuto.

Angelina Di Prinzio e Giovanna Sammarco

Aspetti tecnici e metodologici nella valutazione dell'intervento nella relazione di aiuto.

Presentazione di esperienze

Aspetti teorici e metodologici nella valutazione di progetti, servizi e Piani di Zona.

Chiara Caprini

Introduzione e tecniche di misurazione della rete

Prospettive di rete applicate ai servizi

Costruire competenze

Analisi valutativa del corso

Il punto di vista dei partecipanti

Il punto di vista dei docenti

Esiti del corso: presentazione di un'esperienza

Daniele Ferri

Autovalutazione del Servizio di Assistenza Sociale Ospedaliero

Conclusioni

Allegati:

Brochure del corso

Scheda di valutazione

PREFAZIONE

La presente pubblicazione rappresenta il primo di una serie di Quaderni Formativi che la Provincia di Roma intende realizzare, come strumento di consultazione, ad uso dei professionisti che operano nell'ambito del sociale. Al loro interno verrà raccolto e sistematizzato in modo organico, il materiale didattico relativo agli aspetti normativi, teorici e metodologici e agli strumenti tecnici che verranno acquisiti all'interno dei percorsi formativi realizzati.

Questa Amministrazione, sulla base del dettato normativo, già da diversi anni ha scelto di utilizzare lo strumento della formazione e dell'aggiornamento professionale degli operatori socio-sanitari pubblici e del privato sociale del territorio provinciale, per promuovere quei cambiamenti di prospettiva introdotti dalla legge di riforma delle politiche sociali.

La visione innovativa della formazione sostenuta dalla Provincia, ha avuto la finalità di attivare quel processo dinamico di formazione-azione che consente agli operatori di porsi come sensori attenti ai bisogni della cittadinanza e al loro mutare e come attivatori delle risorse individuali e di contesto ancora inesprese. Il fine è stato quello di promuovere la crescita di ciascun territorio, in misura conforme alle proprie possibilità e nel rispetto del principio di garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni sociali. Inoltre l'offerta di percorsi formativi centrati su tematiche di interesse generale ha avuto la funzione di garantire agli operatori livelli omogenei di conoscenze e competenze.

L'azione costante di feed-back dell'efficacia dei corsi realizzati, ha confermato la validità del progetto formativo provinciale anche nella sua funzione di integrazione tra saperi diversi, di confronto e condivisione di prassi, di costruzione del sistema delle reti e delle sinergie territoriali.

Come sottolineato dagli stessi operatori, la formazione ha poi rappresentato un'opportunità per usufruire di un tempo e di uno spazio di autovalutazione professionale, condizione di garanzia della funzionalità del sistema dei servizi rivolti alla persona.

In considerazione di tali risultati e per rispondere alle diversificate richieste degli operatori, la Provincia di Roma ha predisposto, in modo condiviso, un Piano Formativo triennale per avviare un processo di formazione permanente, sensibile ai mutamenti politici, sociali e culturali.

L'entità dell'impegno organizzativo e delle risorse che questo Ente ha investito nella formazione degli operatori, dovrà trovare corrispondenza nell'impegno, da parte di tutti i professionisti coinvolti, ciascuno concorrendo attraverso le proprie funzioni alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi nel territorio di competenza.

Con questo spirito e come sintesi di un percorso formativo costruito attraverso il contributo di tutti, promotori, partecipanti e docenti, la Provincia di Roma presenta al territorio il primo Quaderno Formativo.

**L'ASSESSORE ALLE POLITICHE SOCIALI
E PER LA FAMIGLIA
Claudio Cecchini**

INTRODUZIONE

La Provincia di Roma, nell'ambito delle attività di formazione, riqualificazione e aggiornamento professionale, ha realizzato nell'anno 2008, il percorso formativo sul tema "Il Servizio Sociale Professionale e la valutazione", specificamente rivolto agli assistenti sociali dei servizi socio-sanitari, pubblici e del privato sociale, dell'intero territorio provinciale.

L'organizzazione del corso nasce anche dalla volontà di rispondere al bisogno formativo espresso dal territorio e rappresentato dai professionisti del sociale in ordine alla qualità, alla efficacia e alla rispondenza del lavoro con le persone, i gruppi e la comunità.

La aumentata complessità della domanda sociale nonché la contemporanea riduzione delle risorse economiche, professionali e strumentali, richiama la necessità di individuare nuove strade da percorrere nella realizzazione di obiettivi di promozione, prevenzione e cura della persona.

La pratica del lavoro sociale professionale insegna che è doveroso investire sul sapere specialistico, sulla sua contaminazione e sulla costruzione del sapere partecipato, per guidare processi innovativi a vantaggio dei cittadini, attori protagonisti del proprio percorso di autorealizzazione.

Nè si può prescindere pertanto dalla valutazione dei risultati dell'intervento nè da una seria e costante riflessione sugli strumenti e sulle metodologie di aiuto messe in atto.

La promozione del benessere della persona non può essere concretizzata in maniera asettica, isolata e disgiunta dal contesto di relazioni all'interno del quale la persona stessa si realizza, tenuto conto dei suoi ambiti di investimento e delle difficoltà intervenienti nel ciclo di vita. Tali considerazioni, se intese, adottate e praticate secondo una visione olistica del lavoro sociale, che richiama al senso profondo di comunità, costituiscono lievito per la crescita del capitale sociale delle collettività.

Tutto ciò porta i professionisti del sociale ad assumere una forte responsabilità anche nella proposizione della funzione di programmazione, di costruzione, di attuazione e di valutazione del sistema integrato di interventi e servizi, in applicazione della L.328/00.

Il tema analizzato nelle sue dimensioni, di valutazione del processo di aiuto, dei servizi e degli interventi e delle politiche sociali integrate, ha consentito agli operatori di rileggere le metodologie e le prassi attivate e di definire, attraverso il confronto, strumenti di lavoro più adeguati ad indagare processi, risultati e sostenibilità delle azioni. D'altro canto, la valutazione costituisce l'elemento cardine su cui basare il processo di programmazione, progettazione e realizzazione degli interventi.

Negli ultimi anni, l'interesse della Pubblica Amministrazione verso le pratiche valutative in ambito sociale è andato aumentando in relazione all'importanza di assicurare l'esigibilità dei diritti dei cittadini. L'attività di valutazione, infatti, non si colloca più nella dimensione della volontarietà o della discrezionalità, ma è divenuta obbligo giuridico per tutte le Istituzioni di interesse pubblico preposte all'erogazione di servizi.

Il presente Quaderno Formativo, che raccoglie i contenuti del percorso di formazione su "Il Servizio sociale e la valutazione", vuole essere uno strumento di lavoro a disposizione di chi opera nel sociale.

Dirigente Servizio 1 Dip. to IX
Maria Gemma Azuni

RIFERIMENTI NORMATIVI

LE COMPETENZE DELLA PROVINCIA IN MATERIA DI FORMAZIONE*

Nel contesto di un quadro istituzionale, che costituisce il riferimento incontrovertibile del sistema organico e coordinato delle autonomie locali, la Provincia, così come indicato dalla Costituzione, dalle Leggi nazionali e dagli Statuti Regionali, si costituisce, si propone, assume e si qualifica sempre di più nel ruolo di ente intermedio nell'ambito della attività di programmazione, coordinamento, assistenza tecnica e formazione nel quadro delle politiche sociali.

Tracciando sinteticamente un quadro legislativo, a livello statale, si può partire dalla Legge n. 142 dell' 8 giugno 1990, "Ordinamento delle autonomie locali", in cui agli artt. 2 e 14, è affermato che la Provincia, quale ente locale intermedio tra Comune e Regione, cura gli interessi e promuove lo sviluppo della comunità provinciale e nell'ambito delle sue diverse funzioni, vengono incluse anche quelle relative all'assistenza tecnico-amministrativa agli enti locali.

Successivamente, con la approvazione della Legge n. 59 del 15 marzo 1997, "Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni e agli enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa" e con il consecutivo e connesso D.Lgs. n.112 del 31 marzo 1998, " Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali", nonché con il D.Lgs. n. 267 del 18 agosto 2000, "Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali", è disposto che le Province svolgono specifici ruoli istituzionali, in merito a quanto di seguito riportato: "...in collaborazione con i comuni e sulla base di programmi da essa proposti, promuovono e coordinano attività, nonché realizzano opere di rilevante interesse provinciale sia nel settore economico, produttivo, commerciale e turistico, sia in quello sociale, culturale e sportivo".

A conferma del ruolo della Provincia, quale ente di secondo livello e perno importante nello sviluppo locale, con la Legge n. 328 dell' 8 novembre 2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", viene ribadito e sottolineato che essa stessa, svolge un ruolo importante di coordinamento e di concorso alla programmazione, di formazione e di analisi dei bisogni e dell'offerta assistenziale.

In particolare è specificato che le Province concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, per i compiti previsti dall'articolo n.15 della Legge n. 142/90, nonché dall'articolo n.132 del D.Lgs. n. 112/98, secondo le modalità definite dalle Regioni che disciplinano il ruolo delle Province in ordine:

- a) alla raccolta delle conoscenze e dei dati sui bisogni e sulle risorse rese disponibili dai comuni e da altri soggetti istituzionali presenti in ambito provinciale per concorrere all'attuazione del sistema informativo dei servizi sociali;
- b) all'analisi dell'offerta assistenziale per promuovere approfondimenti mirati sui fenomeni sociali più rilevanti in ambito provinciale fornendo, su richiesta dei comuni e degli enti locali interessati, il supporto necessario per il coordinamento degli interventi territoriali;
- c) alla promozione, d'intesa con i comuni, di iniziative di formazione, con particolare riguardo alla formazione professionale di base e all'aggiornamento;
- d) alla partecipazione, alla definizione e all'attuazione dei piani di zona.

* Paola Sinibaldi Assistente Sociale della Provincia di Roma in collaborazione con l'Istituto per gli Studi sui Servizi Sociali -ISTISSE Onlus -

Per ciò che concerne, invece, la normativa a livello regionale, secondo un lungo percorso legislativo che è iniziato fin dagli anni '80, la Regione Lazio ha costantemente individuato la Provincia, quale snodo strategico importante nello sviluppo locale, in quanto assume una rappresentanza di interessi più ampia rispetto ai Comuni e coinvolge tutta la popolazione e la comunità provinciale.

Lo stesso Statuto della Regione Lazio, approvato con Legge Regionale Statutaria n. 1 dell'11 novembre 2004, "Nuovo Statuto della Regione Lazio", all'art. 4, dispone che la "Regione favorisce il concorso dei Comuni, delle Province e degli altri enti locali, in quanto istituzioni autonome rappresentative delle rispettive comunità, alla determinazione delle proprie scelte politiche e degli obiettivi generali della programmazione socio-economica e territoriale".

E', fra l'altro, specificato all'art.16 che "In applicazione dei principi costituzionali di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza, le funzioni amministrative relative alle materie oggetto di potestà legislativa della Regione sono, con legge regionale, attribuite di norma ai Comuni ovvero conferite alle Province ed agli altri enti locali o riservate alla Regione medesima, qualora ciò sia necessario per garantirne l'esercizio unitario ai fini dell'efficace tutela degli interessi dei cittadini e della collettività". (1)

Secondo un disegno di assoluta continuità con il percorso normativo avviato, con la Delibera della Giunta Regionale n. 81 del 14.2.06, "Piano di utilizzazione dello stanziamento del fondo nazionale per le politiche sociali anno 2005, finalizzato all'organizzazione ed alla gestione dei servizi e degli interventi socio assistenziali e sociosanitari a livello distrettuale. Approvazione del documento concernente "Linee guida ai comuni per l'utilizzazione del fondo nazionale per le politiche sociali", è stabilito che le Province concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e promuovono l'integrazione delle politiche sociali con le altre politiche settoriali, con particolare riferimento a quelle attive del lavoro, della formazione professionale, dell'istruzione e dell'educazione.

Pertanto, nel quadro di un sistema istituzionale articolato e funzionale, la Provincia è legittimata a costituire, secondo il principio della sussidiarietà verticale un passaggio fondamentale, a cui si accompagna anche l'osservanza del principio della complementarietà, intesa quale funzione di supporto e di servizio agli enti locali atta a promuovere la migliore e più efficiente azione amministrativa agli stessi costituzionalmente riconosciuta.

Tale ruolo e funzione trovano, peraltro, puntuale riscontro nello Statuto Provinciale di Roma, approvato dal Consiglio Provinciale, con deliberazione n.97 del 29.09.2005 e modificato con deliberazione n.238 del 18.02.2008, dove sono rimarcati i livelli di governo locale e la capacità di rappresentanza degli interessi della comunità provinciale, promuovendone lo sviluppo.

Entrando nell'ambito specifico delle funzioni riguardanti l'attività di formazione la Provincia si attiene rispettivamente alle leggi approvate dalla Regione Lazio, L.R. n.84 del 24 giugno 1980, "Nuova disciplina degli interventi straordinari a favore dei lavoratori in condizioni di bisogno", modificata dalla L.R. n. 41 del 12 settembre 1986, nonché alla L.R. n. 23 del 25 febbraio 1992, riguardante l'"Ordinamento della formazione professionale", in cui è affermato che, nell'ambito delle proprie competenze, la Provincia promuove la formazione professionale, riconosciuta come un servizio di interesse pubblico, al fine di concorrere a realizzare il diritto al lavoro e di curare la formazione e l'elevazione professionale dei lavoratori.

Anche la legge regionale n. 38 del 9 settembre 1996, sul "Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali nel Lazio", assegna alla Provincia determinate funzioni tra cui la promozione dell'integrazione delle politiche sociali con le altre politiche settoriali, con particolare riferimento alle politiche attive del lavoro, della formazione professionale, dell'educazione e della pianificazione territoriale.

Infine, la stessa proposta di legge regionale sul “Sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali”, presentata e accolta dalla IX C.C.P. nella seduta n.37 del 21 luglio 2009, al capo II art.6/punto g, conferma che le Province, tra le diverse funzioni, hanno anche il compito di promuovere ed attuare, d’intesa con la Regione e sentiti i Comuni, percorsi formativi e di aggiornamento professionale, nonché iniziative di partenariato istituzionale a sostegno degli interventi innovativi e sperimentali in materia.

Seguendo le suddette indicazioni legislative, emanate a livello nazionale e regionale, la Provincia di Roma espleta i propri compiti connessi alla formazione, riqualificazione e aggiornamento del personale adibito ad attività di assistenza sociale, sanitaria ed educativa.

L’ottica è quella di promuovere e garantire programmi diversificati attraverso percorsi formativi, in grado di aumentare le conoscenze, il confronto, lo scambio condiviso e la capacità di lavoro degli operatori socio-assistenziali in armonia con i programmi di sviluppo dei servizi territoriali.

Questa Amministrazione individua il fabbisogno formativo degli operatori sociali, del volontariato e del privato sociale, di tutto il settore pubblico e privato, partendo dal coinvolgimento degli stessi operatori, dei servizi socio-assistenziali e degli enti di riferimento, soggetti che possono contribuire anche alla definizione dei contenuti e delle modalità attuative degli stessi progetti di formazione.

Il percorso formativo che si propone è il risultato di una elaborazione, progettazione e attuazione partecipata. Operatori preparati qualificano il servizio stesso e sono strumenti del cambiamento e del miglioramento organizzativo.

In questo modo si offre all’operatore dei servizi territoriali, la consapevolezza di essere parte attiva ed integrante di una politica sociale, in cui la qualità professionale incide direttamente sulla qualità dei servizi alla persona. Questa è la ragione di un’opera costante di aggiornamento professionale, di stimolo su nuove modalità di azione, di ricerca e di confronto su nuovi bisogni e di riflessione sull’efficacia del lavoro sociale in riferimento al contesto ambientale.

(1) Nel merito della normativa regionale a conferma di una specifica attenzione al ruolo delle Province, si ricordano:

- legge regionale n. 17 del 11-04-1986 “Norme sulle procedure della programmazione”;
- legge regionale n. 8 del 15-02-1992 “Strutture di prima accoglienza per immigrati extracomunitari”;
- legge regionale n. 64 del 15-11-1993 “ Norme per l' istituzione di centri anti violenza o case rifugio per donne maltrattate nella Regione Lazio”;
- legge regionale n. 42 del 24-11-1997 “Norme in materia di beni e servizi culturali del Lazio”;
- legge regionale n. 38 del 07-08-1998 “Organizzazione delle funzioni regionali e locali in materia di politiche attive per il lavoro”;
- legge regionale n. 10 del 14-07-2008 “Disposizioni per la promozione e la tutela dell’esercizio dei diritti civili e sociali e la piena uguaglianza dei cittadini stranieri immigrati”.

PRESENTAZIONE DEL CORSO

“IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE E LA VALUTAZIONE”

Il corso “Il Servizio Sociale Professionale e la valutazione” è stato proposto agli Assistenti Sociali di tutto il territorio provinciale, estendendo per la prima volta la formazione anche a coloro che operano nell’ambito dei servizi socio-sanitari del Comune di Roma. Tale decisione è derivata dall’esigenza di omogeneizzare i livelli formativi dei servizi, a garanzia del diritto del cittadino ad usufruire di prestazioni qualitativamente simili, indipendentemente dal luogo di residenza.

Con la realizzazione di questo corso, l’Amministrazione Provinciale ha confermato la prassi ormai consolidata di offrire proposte formative nelle sedi decentrate dei diciassette distretti socio-sanitari del territorio provinciale proponendo, pertanto, una formazione di livello sovracomunale. Nel Comune di Roma le sedi sono state scelte nell’ambito di ciascuna ASL.

Il Servizio “Pianificazione Territoriale e Sistema Informativo”, ha mantenuto la regia di tutte le attività necessarie alla realizzazione dei corsi. L’ufficio ha pertanto ideato e realizzato gli strumenti di pubblicizzazione, quali manifesti e brochures ed ha predisposto tutta la modulistica necessaria al monitoraggio e alla valutazione delle attività. Ha anche coordinato il lavoro di distribuzione del materiale formativo e la messa a disposizione degli strumenti didattici dotandone le sedi che ne erano sprovviste.

Il Servizio ha poi voluto realizzare un Logo, da apporre su tutto il materiale divulgativo, quale espressione del valore della messa in rete di tutti gli attori strategici che operano nelle diverse realtà territoriali.

La direzione dei corsi è stata assunta dal personale tecnico afferente a tutto il Dipartimento IX, al fine di consolidare il rapporto di collaborazione continuo e sistematico instaurato nel tempo con il territorio e l’incarico di tutor, testimone privilegiato dell’andamento del corso e dell’impatto sui partecipanti, è stato affidato ad Assistenti Sociali dei servizi pubblici, indicati dagli uffici territoriali, con il preciso intento di rafforzare il lavoro di rete.

I tutors hanno collaborato allo svolgimento del corso presso il comune di appartenenza attraverso le attività relative alla pubblicizzazione, all’iscrizione e registrazione dei partecipanti, alla facilitazione di tutti i processi di comunicazione ed alla cura degli aspetti pratici e di segreteria.

Per una precisa scelta, la docenza dei corsi è stata affidata, tranne che per il modulo a contenuto prettamente metodologico, ad assistenti sociali, esperti della materia e già in possesso di esperienza lavorativa nei servizi pubblici, segnalati dall’Ordine Regionale degli Assistenti Sociali.

Sono stati realizzati undici corsi, di cui sei nel territorio provinciale e cinque in quello di Roma. Il percorso formativo è stato strutturato in cinque moduli, all’interno dei quali sono stati affrontati gli aspetti deontologici, normativi e metodologici del processo valutativo. La didattica proposta ha contemplato lezioni teoriche, momenti di confronto, riflessioni comuni e lavori di gruppo; ogni modulo ha approfondito argomenti specifici anche se i contenuti si sono spesso incrociati e contaminati.

Nel primo modulo è stata trattata la tematica della funzione valutativa della Assistente Sociale nell’attuale contesto di Welfare. Particolare attenzione è stata rivolta al codice deontologico, alla sua applicazione nella prassi operativa ed alle problematiche connesse. Nel secondo, è stato dato uno spazio specifico alla teoria, alla metodologia ed agli strumenti del processo valutativo, mentre nel terzo incontro è stata

esaminata l'attività di valutazione e autovalutazione come dimensioni proprie della professione di Servizio Sociale. Nel quarto modulo sono stati affrontati gli aspetti teorici e metodologici della valutazione dell'intervento nella relazione di aiuto, nel quinto la medesima analisi è stata riferita a progetti, servizi e Piani di Zona. Particolarmente all'interno delle ultime due sessioni di lavoro ampio spazio è stato riservato alla presentazione e al confronto delle esperienze dirette dei partecipanti.

I docenti individuati, forti della conoscenza della materia e della loro esperienza professionale e formativa, hanno dato un contributo rilevante ed una impronta personale al contenuto dei diversi moduli, rileggendolo e rimodellandolo, a partire dalle diverse realtà territoriali e dalle esigenze formative espresse dai discenti.

I lavori di gruppo ed i momenti di restituzione hanno costituito una opportunità di condivisione, uno spazio privilegiato per ripensare e ridare significato alle prassi operative e per rappresentare quanto di meglio si sta facendo a livello territoriale, soffermandosi sulla fase di valutazione nella pratica professionale.

APPROCCIO ALLA FUNZIONE VALUTATIVA
DELL' ASSISTENTE SOCIALE NELL'ATTUALE
CONTESTO DEL WELFARE.
CODICE DEONTOLOGICO. ASPETTI NORMATIVI

LA VALUTAZIONE DEI SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITA' NELLA LEGISLAZIONE STATALE VIGENTE

Luigi Colombini *

I presupposti della valutazione

I riferimenti concettuali che sono a monte dello svolgimento dell'attività dell'amministrazione sia pubblica che privata per ciò che concerne l'erogazione di prestazioni e di servizi (e fra questi i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali) afferiscono a tre cardini fondamentali che sono la competenza, la responsabilità e la valutazione.

Il principio della competenza è alla base dell'esercizio della attività amministrativa, e richiede l'individuazione dell'ufficio, della struttura, del professionista che svolge una determinata funzione in base a una specifica titolarità o ad una specifica certificazione.

Per il professionista l'accertamento dei requisiti per l'iscrizione negli albi o negli elenchi, la tenuta dei medesimi e il potere disciplinare sugli iscritti sono demandati alle associazioni professionali, sotto la vigilanza dello Stato, salvo che la legge non disponga diversamente, e tale condizione è propedeutica all'esercizio competente della professione.

La responsabilità attiene al concetto del "rendere conto" del "responsum", ossia di colui che è tenuto a rispondere dei suoi atti, intendendo per esso sia la amministrazione in senso lato che lo specifico funzionario, a cui compete lo svolgimento di una specifica attività.

La valutazione afferisce alla analisi dell'attività e al suo grado di incidenza e di successo rispetto alle risorse impiegate e agli obiettivi da raggiungere.

Per ciò che concerne la valutazione ed il monitoraggio dei servizi alla persona ed alla comunità, così come sono stati definiti dal d.lgs. n. 112/98⁽¹⁾, questi sono strettamente connessi al modo con cui il sistema di welfare nel suo complesso ha avviato un profondo processo di riforma che, iniziato nel 1998 con il suddetto decreto legislativo, è proseguito con il d.lgs. 229/99 e la legge 405/01 per ciò che concerne la sanità, e con la legge 328/00 per ciò che concerne i servizi sociali.

In via preliminare va comunque specificato che la titolarità del servizio pubblico, sanitario, sociosanitario e sociale, fa capo ai Comuni ed alle Aziende sanitarie locali, soggetti ai quali la normativa vigente demanda il compito di assicurare i servizi e di rispondere ai bisogni degli utenti nel rispetto della regolamentazione del sistema.

I soggetti titolari svolgono in tale contesto anche la funzione di committenza, intesa quale funzione istituzionale che tende ad assicurare le prestazioni e i servizi individuati e programmati nel Piano Attuativo Locale per ciò che concerne la AUSL o nel Piano di Zona per ciò che concerne i Comuni, singoli o associati, mediante l'assegnazione ai soggetti accreditati di specifiche attività in base a un quadro finanziario predeterminato.

* Docente di Legislazione ed Organizzazione dei Servizi Sociali
Università degli Studi Roma Tre

⁽¹⁾ sanità: attengono alla tutela della salute umana le funzioni e i compiti rivolti alla promozione, alla prevenzione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica della popolazione, nonché al perseguimento degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833; servizi sociali: " si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia".

Pertanto tale funzione di committenza, ovvero l'attuazione della programmazione mediante la specificazione dei bisogni di servizi, va riconosciuta in capo ai Comuni ed alle Aziende USL per gli interventi e gli oneri di rispettiva competenza.

A fronte del riconoscimento della titolarità piena del servizio pubblico, va peraltro sottolineato che per ciò che concerne la gestione dei servizi sono stati collocati sullo stesso piano sia il pubblico che il privato (d.lgs. n. 502/92 e legge n. 328/00) sulla base di rigide condizioni, dettate dallo Stato e che sono:

- l'autorizzazione
- l'accreditamento

L'**autorizzazione**, come è noto, è rilasciata dalla istituzione pubblica competente per territorio ed è subordinata alla verifica di compatibilità sulla base di specifici requisiti di funzionalità e di sicurezza delle strutture e dei servizi che svolgono attività socio-assistenziali e socio-sanitarie.

Quindi l'autorizzazione riguarda e si impone a tutte le strutture ed i servizi che svolgono le attività, indipendentemente dal loro successivo ed eventuale accreditamento per l'inserimento nel circuito di servizio pubblico.

L'**accreditamento** costituisce un atto di "natura concessoria", che deve essere rilasciato secondo procedure ispirate all'imparzialità e che il soggetto istituzionale preposto all'esercizio di tale funzione adotta legando la decisione assunta alla rispondenza del servizio o della struttura sia alla programmazione che ai criteri ed ai requisiti di qualità.

Attraverso l'accreditamento l'ente pubblico competente attribuisce ai servizi accreditati la natura di "servizi sociali pubblici" e determina al soggetto accreditato lo status di concessionario della pubblica amministrazione.

Tra i soggetti committenti ed il soggetto erogatore accreditato si instaura, quindi, un nesso di servizio pubblico, che abilita un servizio o una struttura ad erogare attività in nome e per conto del titolare del servizio pubblico.

L'accreditamento, inoltre, comporta l'accertamento della conformità dei servizi e delle strutture alle norme sulla qualità e funge da sistema di qualificazione e di verifica con la contestuale valutazione della capacità di erogazione e produzione del servizio in corrispondenza al fabbisogno espresso.

Tali condizioni presuppongono l'esistenza di specifici requisiti e indicatori che abilitano il soggetto gestore ad erogare i servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali sulla base delle seguenti modalità:

- gli accordi contrattuali per la sanità
- l'affidamento per i servizi sociali.

E' quindi implicito nelle stesse modalità di verifica e di riscontro dei requisiti previsti dalla normativa vigente il riferimento alla necessità di procedere ex ante alla valutazione dei servizi offerti.

Tale verifica viene pertanto definita da specifiche norme: con vari decreti ministeriali, che risalgono al DPR 14 gennaio 1997, sono stati definiti i criteri ed i requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi sanitari e socio-sanitari; con il D.M 21 maggio n. 308 è stato emanato il "Regolamento concernente "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'art. 11 della legge n.328/00".

Per ciò che concerne la Regione Lazio, una specifica legge regionale n.4 del 3 marzo 2003 ha dettato "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali" ed il DGR 14.7.06, n. 424, con riferimento a quanto disposto con la L.R. 4/03, ha definito i requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie (BUR n. 25 del 9.9.06). La L.R. n. 41 del 12 dicembre 2003 ha disposto "Norme in materia di autorizzazione all'apertura e al funzionamento di strutture che prestano servizi socio-assistenziali".

Un elenco orientativo dei servizi sociali il cui esercizio è subordinato all'accreditamento, in base a quanto elaborato dalle Regioni, per ciò che concerne l'offerta assistenziale, porta alla seguente classificazione:

AREE ASSISTENZIALI

TIPOLOGIE DI SERVIZIO

Anziani

Casa protetta/Rsa
Centro diurno assistenziale
Casa di riposo
Strutture abitative alternative alla domiciliarità e alle strutture residenziali (ad esempio: comunità alloggio; appartamento protetto)
Assistenza a domicilio

Disabilità adulta

Centro socio riabilitativo residenziale
Centro socio riabilitativo semiresidenziale
Strutture abitative alternative alla domiciliarità e alle strutture residenziali (ad esempio: comunità alloggio; appartamento protetto)
Assistenza a domicilio
Laboratorio protetto

Assistenza psichiatrica

Strutture abitative alternative alla domiciliarità e alle strutture residenziali (ad esempio: comunità alloggio; appartamento protetto)
Residenza socio-sanitaria psichiatrica

Minori

Assistenza a domicilio (per minori disabili)
Strutture abitative alternative alla domiciliarità e alle strutture residenziali (comunità socio educative per minori e per neomaggiorenni, quali comunità di tipo familiare, comunità di pronta accoglienza, comunità educativa, etc...)

L'altro aspetto fondamentale è connesso alla necessità di definire il processo di valutazione "in itinere", e quindi le modalità operative per verificare lungo tutta la attuazione dello specifico intervento e la realizzazione del servizio la valutazione stessa da intendere, per l'appunto, quale processo continuo che pone i politici, i manager, gli operatori e gli utenti nella condizione di avere come continuo punto di riferimento il miglioramento della prestazione.

Pertanto la valutazione in itinere si pone l'obiettivo di dare un aiuto e un sostegno continuo a coloro che in prima linea erogano i servizi (amministratori, operatori, terzo settore), con la prospettiva di eventuali modifiche rispetto alle ipotesi iniziali, e comunque nel contesto della valutazione in itinere si collega anche la riproposizione di un ruolo della supervisione e di guida sul lavoro in grado di valutare l'azione dell'operatore, non in termini fiscali, ma in termini di aiuto e di miglioramento.

In tale contesto la valutazione, in quanto processo di ricerca basato sulla raccolta di dati ed indicatori, che interviene "ex post", ha necessità di poter disporre di strumenti e di indicatori adeguati, e quanto più possibili scientificamente testati, che debbono portare alla formulazione di un giudizio critico sullo svolgimento delle modalità della azione e degli interventi portati avanti, e quindi sulla effettiva capacità, quanto ad efficacia ed efficienza, di incidere sulla realtà individuale, comunitaria, sanitaria e sociale.

Il percorso normativo della valutazione

Dalla discrezionalità all'obbligo

La “filosofia” della valutazione e del relativo processo, sommariamente sopra descritto, nel passato ha costituito un riferimento operativo e funzionale comunque destinato alla “buona volontà” degli amministratori e degli operatori, così che in effetti tutto era connesso alla disponibilità ed alla discrezionalità dell’Ente gestore a portare avanti adeguati momenti di valutazione.

Infatti l’Amministrazione, in genere, ha basato la propria attività solamente sul principio della competenza, affidando alla sua propria capacità di essere efficace, in rapporto alle risorse disponibili e al regolamento.⁽²⁾

Pertanto solo con fatica sono stati introdotti in seguito i concetti della responsabilità e della valutazione sull’attività svolta, e a tale riguardo è doveroso ricordare che, in termini generali, le due leggi che hanno introdotto il principio della capacità di verifica e di controllo sugli atti della Pubblica Amministrazione sono stati la legge n. 142/90 relativa all’ordinamento delle autonomie locali e il successivo d. lgs. 267/00 – Testo unico sulle autonomie locali - e la legge n. 241/90 relativa alla trasparenza amministrativa, che in effetti hanno posto i cittadini e le loro organizzazioni interessate nelle condizioni di valutare e verificare il buon andamento della attività burocratico-amministrativa sia attraverso gli istituti della partecipazione (petizioni, istanze, proposte, richieste di referendum) sia attraverso l’individuazione del “responsabile” del procedimento, sia infine attraverso la capacità riconosciuta ai cittadini interessati di intervenire nella formulazione del procedimento amministrativo.

E’ stato quindi con gli anni ’90 che nella prospettiva di una necessaria modificazione dell’assetto della Pubblica Amministrazione, con il d. lgs. 29/93 – successivamente modificato con il d. lgs. 80/98 - si è passati dal principio della sola competenza, al principio della responsabilità di risultato sia in riferimento alla attività svolta che alla realizzazione dei programmi e dei progetti posti in essere.

E’ stato altresì specificato che nelle amministrazioni pubbliche sono istituiti servizi di controllo interno, o nuclei di valutazione, con il compito di verificare, mediante valutazioni comparative dei costi e dei rendimenti, la realizzazione degli obiettivi, la corretta ed economica gestione delle risorse pubbliche, l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. I servizi o nuclei determinano almeno annualmente, anche su indicazione degli organi di vertice, i parametri di riferimento del controllo.

E’ pertanto su uno scenario completamente mutato rispetto al passato, che si è venuto a determinare anche sul piano normativo il principio della valutazione, che nel contesto dei servizi alla persona ed alla comunità, assume un particolare rilievo ed importanza.

Lo sviluppo successivo: il diritto del cittadino a fruire di servizi adeguati

Con la Direttiva 27 gennaio 1994 del presidente del Consiglio dei Ministri, nel quadro di un riconoscimento del diritto dei cittadini in quanto fruitori e consumatori di servizi ad avere trattamenti e prestazioni adeguate, sono stati fissati i principi cui deve essere progressivamente uniformata l'erogazione dei servizi pubblici, anche se svolti in regime di concessione.

⁽²⁾ Per ciò che concerne una esperienza che risale agli anni ’60, si può ricordare che solamente l’AAI nella propria configurazione organica istituì l’“Ufficio Organizzazione e metodi” che aveva lo specifico compito di procedere alla valutazione e a conseguenti proposte di modifiche e di miglioramento dell’assetto organizzativo dell’Amministrazione, che, come è noto, nell’immediato dopoguerra ha introdotto negli anni ’50 in Italia il servizio sociale professionale, dando un contributo assolutamente prezioso alle Scuole di Servizio Sociale, con uno specifico programma di assistenza tecnica e con la sperimentazione di servizi innovativi, quali gli Uffici di Zona di Servizio Sociale, dove veniva svolta l’attività di segretariato sociale, servizio sociale professionale, assistenza domiciliare e promozione di servizi aperti, quali i centri sociali per anziani e soggiorni di vacanza per minori, handicappati ed anziani .

Pertanto sono stati considerati servizi pubblici, anche se svolti in regime di convenzione o mediante convenzione, quelli volti a garantire il godimento dei diritti della persona, costituzionalmente tutelati, alla:

- salute
- assistenza
- previdenza sociale
- istruzione
- libertà di comunicazione
- libertà e sicurezza della persona
- libertà di circolazione
- erogazione di energia elettrica, acqua e gas.

Nel contesto del suddetto provvedimento sono stati individuati specifici principi che in effetti costituiscono la sintesi operativa a cui riferirsi per lo svolgimento della prestazione professionale.

Si richiama l'attenzione sulla correlazione esistente fra i principi ivi individuati e quelli che sono i principi, i metodi e le tecniche del servizio sociale professionale, e quindi il modo con cui i principi stessi si connettono a quanto già gli assistenti sociali esprimono come proprio portato e bagaglio professionale.

I principi fondamentali che sono alla base del provvedimento sono:

Eguaglianza

Le regole riguardanti i rapporti tra utenti e servizi pubblici e l'accesso ai servizi pubblici devono essere uguali per tutti, senza distinzioni riguardanti sesso, razza, lingua, religione ed opinioni politiche.

Di particolare rilievo la disposizione (connessa anche alla definizione dei livelli essenziali per l'esercizio dei diritti civili e sociali, successivamente introdotta nella Costituzione) che garantisce la parità di trattamento, a parità di condizioni del servizio prestato, sia fra le diverse aree geografiche dell'utenza, anche quando esse non siano facilmente raggiungibili, sia tra le diverse categorie o fasce di utenti, con particolare riferimento agli utenti portatori di handicap.

Imparzialità

I soggetti erogatori hanno l'obbligo di ispirare i propri comportamenti nei confronti degli utenti a criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità.

Continuità

L'erogazione deve essere continua, regolare e senza interruzioni.

Diritto di scelta

L'utente ha diritto di scegliere tra i soggetti che erogano il servizio.

Partecipazione

La partecipazione del cittadino alla prestazione del servizio deve essere sempre garantita, sia per tutelare il diritto alla corretta erogazione del servizio, sia per favorire la collaborazione nei confronti dei soggetti erogatori.

Viene ribadito che l'utente ha diritto di accesso alle informazioni che lo riguardano, secondo quanto disposto dalla legge n. 241/90.

Efficienza ed efficacia

Il servizio deve essere erogato in modo da garantire l'efficienza e l'efficacia, e gli enti erogatori adottano le misure idonee al raggiungimento di tali obiettivi.

A tali principi che sono quindi strettamente connessi all'esercizio della professione di tutti coloro che svolgono servizi alla persona ed alla comunità, si accompagnano ulteriori riferimenti fondamentali che chiamano in causa i soggetti gestori ed erogatori delle prestazioni che quindi debbono assicurare i seguenti impegni:

L'adozione degli standard

Entro tre mesi i soggetti erogatori individuano i fattori da cui dipende la qualità del servizio, e, in base ad essi adottano standard di qualità e quantità.

Gli standard sono sottoposti a verifica con gli utenti in adunanze pubbliche.

Dovere di valutazione della qualità dei servizi

I soggetti erogatori svolgono apposite verifiche sulla qualità e l'efficacia dei servizi prestati.

Sanzioni

Viene specificato che per i servizi erogati da pubbliche amministrazioni, l'inosservanza dei principi della direttiva è valutata ai fini dell'applicazione delle sanzioni amministrative e disciplinari previste a carico dei dirigenti generali, dei dirigenti e degli altri dipendenti.

Per i servizi erogati in regime di concessione o mediante convenzione o comunque rogati da soggetti non pubblici, l'inosservanza dei principi della presente direttiva costituisce inadempimento degli obblighi assunti contrattualmente dai soggetti erogatori.

La carta dei servizi pubblici

Connesso a tale atto è stato il d.l. n. 163/95, convertito in legge 273/95, con cui è stato affermato l'impegno ad affrontare la qualità dei servizi pubblici prevedendo l'emanazione di "carte dei servizi pubblici" secondo i settori di intervento che sono stati individuati con successivi DPCM 19.5.95 e 2.12.97.

I settori per i quali devono essere definite le Carte dei servizi pubblici sono:

- Sanità
- Assistenza e previdenza sociale
 - Istruzione
 - Comunicazione e trasporti
 - Energia elettrica
 - Acqua
 - Gas
 - Fisco

Per ciò che concerne in particolare la carta dei servizi sanitari e sociali, tenuto conto della sua adozione in varie realtà regionali e locali, gli aspetti più rilevanti sono i seguenti:

Nella carta dei servizi sono definiti:

- i criteri per l'accesso ai servizi
- le modalità del relativo funzionamento
- le condizioni per facilitarne la valutazione da parte degli utenti
- le procedure per assicurare la tutela delle situazioni giuridiche soggettive e degli aventi diritto ai servizi e alle prestazioni.

La carta dei servizi prevede per gli utenti la possibilità di attivare ricorsi nei confronti dei responsabili preposti alla gestione dei servizi.

L'adozione della carta dei servizi costituisce requisito necessario ai fini dell'accreditamento.

La carta deve prevedere il diritto di:

- godere di azioni che promuovano e proteggano la salute della persona, della famiglia, della comunità
- non essere discriminati a ricevere servizi in un contesto di normalità di vita
- esprimere le proprie potenzialità e scelte nel progetto personale condiviso
- scelta tra una pluralità di prestazioni sociali offerte

La carta dei servizi contiene:

- le informazioni sulle diverse prestazioni offerte e sulle tariffe praticate
- l'indicazione dei soggetti autorizzati ed accreditati
- i criteri di accesso
- le modalità di erogazione e le modalità di funzionamento
- l'indicazione dei livelli essenziali di assistenza
- le regole da applicare in caso di mancato rispetto delle garanzie previste dalla carta, nonché le modalità di ricorso da parte degli utenti

Le condizioni preliminari per la fruizione dei servizi

A tale riguardo si ritiene di riassumere un quadro di riferimento al fine di contribuire a definire, proprio alla luce delle indicazioni disposte nei vari atti, attraverso parole-chiave i livelli di attenzione e di considerazione che occorre tenere presenti.

Il primo riferimento è costituito dal criterio della accessibilità che deve essere inteso quale principio fondamentale che la dottrina francese definisce più incisivamente “prossimità”, tale da garantire agli utenti la immediata e diretta fruizione dei servizi.

Il concetto di accessibilità, peraltro, non concerne solo i servizi di primo livello, generalmente collocati al livello distrettuale, ma anche tutti gli altri livelli dove, stante la complessità degli interventi, si richiede una organizzazione complessa e di eccellenza.

Il rispetto del principio di accessibilità, peraltro, avrebbe benefici notevoli anche per ciò che concerne la riduzione del fenomeno delle correnti di ricovero che ancora oggi penalizzano i cittadini residenti in aree sprovviste di una adeguata rete di protezione socio-sanitaria con aggravio della spesa sanitaria nelle Regioni deficitarie (Calabria, Basilicata, Puglia, Molise, Campania, fra le più colpite) e con un aumento, per queste Regioni, della “bilancia sanitaria passiva”.

L'altro aspetto che occorre considerare ai fini della valutazione dei servizi socio-sanitari è quello relativo alla equità.

Il principio di equità costituisce il riferimento fondamentale per le politiche di welfare, ed attiene al “compiuto” sistema di sicurezza sociale articolato sulla previdenza, sulla sanità e sull'assistenza.

Per comprendere tale principio, si ritiene opportuna l'illustrazione del suo contrario, l'iniquità e suoi effetti perversi, come è stato messo in evidenza da vari studiosi.

Quale premessa fondamentale si deve sottolineare che il sistema di welfare si basa sulla quota di ricchezza prodotta e destinata alla protezione sociale, secondo una consolidata tradizione e prassi che ha caratterizzato il sistema europeo di welfare.

Quindi un sistema che si basa sull'apporto di tutti i cittadini, e non una graziosa concessione erogata secondo la buona disponibilità dei governanti.

L'iniquità contributiva è quella che si riferisce alla disparità di livello di partecipazione finanziaria da parte dei cittadini: basta pensare all'evasione fiscale, al lavoro sommerso, alla elusione fiscale, all'abuso di dichiarazioni reddituali false che danno diritto a prestazioni per rendersi conto che tale fenomeno comporta un danno enorme alla stessa costruzione del sistema di welfare, perché impedisce una chiara ed esatta individuazione delle entrate.

L'iniquità distributiva è caratterizzata dalla difformità e dalla disparità di trattamento dei cittadini in ordine alla fruizione dei servizi e delle prestazioni.

Gli indicatori definiti a tale proposito sono di fondamentale importanza per il superamento dell'iniquità.

E' quindi con riferimento agli effetti negativi dell'iniquità che va definito il concetto di equità, che presuppone la costruzione di un sistema basato sulla “responsabilità” di tutti gli attori chiamati in causa, in modo da evitare abusi e sprechi.

L'ulteriore elemento da considerare è l'uniformità: tale principio è chiaramente indicato nel Decreto 12.12.01, citato, e si propone quindi di rendere l'offerta tale da consentire a tutti i cittadini la fruizione a parità di bisogno a parità di prestazioni.

Infine il principio della appropriatezza è di fondamentale importanza per la definizione di un quadro di offerta che si basa sulla effettiva utilità della prestazione, legata alla definizione dei Livelli Essenziali Assistenziali, intesi nella loro indispensabilità, utilità ed efficacia.

E' noto che l'inappropriatezza delle prestazioni determina un danno non solo alla struttura deputata all'erogazione, ma anche all'utente, e a tale proposito si rileva come vari studi dimostrano che il peso economico degli interventi inappropriati incide negativamente sui costi complessivi della struttura.

La **soddisfacibilità** della prestazione costituisce infine l'aspetto più delicato nel contesto della definizione degli indicatori.

A tale riguardo si rileva che tale ambito di osservazione è stato tenuto nella dovuta considerazione, e comunque fa riferimento alla percezione soggettiva dell'utente, in rapporto alla prestazione offerta.

Il bilancio sociale

Nel contesto del processo di valutazione e di monitoraggio dell'attività svolta, sia per ciò che concerne il comparto pubblico che per il comparto privato, con particolare riferimento alle cooperative sociali, dal 2006, a seguito di una specifica direttiva del Dipartimento della Funzione Pubblica, ha fatto il suo ingresso il bilancio sociale, peraltro già largamente adottato nel mondo dell'impresa privata.

Il bilancio sociale si propone di valutare l'azione svolta e comunicarla ai portatori di interesse (stakeholders) sulla base dei seguenti principi:

- fornire un'informazione completa, esauriente e trasparente sull'utilizzo delle risorse della collettività;
- rendere più visibili per funzioni/aree di intervento e per categorie dei portatori di interesse i risultati conseguiti;
- individuare i beneficiari degli interventi;
- valutare la capacità di incidenza degli interventi sulla comunità territoriale.

Secondo la direttiva sopra citata il bilancio sociale serve innanzitutto:

- **a pianificare**
con l'individuazione delle strategie, dei programmi, delle risorse e le specifiche azioni per ogni portatore di interesse.
- **a rendicontare**
con la misurazione dei risultati in termini di efficienza e di efficacia sociale delle azioni e di corrispondenza rispetto alle previsioni.
- **a valutare**
con l'espressione di un giudizio complessivo sui risultati attesi e sui risultati raggiunti.
- **a comunicare**
ai portatori di interesse i risultati raggiunti.

La valutazione nei servizi sanitari e socio-sanitari

L'avvio

Il complesso problema della valutazione e della verifica della efficienza e della qualità dei servizi sanitari ha radici che sono connesse alla nascita del Servizio Sanitario Nazionale istituito con la legge n. 833/78. A fronte di quanto specificato nella stessa legge, e con il coevo avvio di una legislazione regionale di recepimento che si è protratta fino al 1982, in effetti gli intendimenti volti a qualificare e a verificare il sistema sanitario sono stati costantemente presenti.

Nella prima impostazione, peraltro, la ricerca delle modalità più adeguate per raggiungere l'obiettivo di una effettiva capacità di incidere sulla qualità del servizio sanitario e di controllarne la realizzazione, era affidata alle Unità Sanitarie Locali, che, come è noto, si configuravano quali "strutture operative dei comuni (che ne erano titolari) per la gestione della salute e si basavano sulla partecipazione diretta dei cittadini, in una sorta di assemblearismo permanente che, partendo dal basso, arrivava, attraverso l'assemblea della usl e il comitato di gestione, ad essere la presunta garante dell'efficienza e della qualità dei servizi.

E' comunque con il d.lgs. 502/92 che si è da una parte superato il presupposto che la partecipazione dei cittadini di per sé stessa avrebbe garantito misure di controllo e di verifica, e dall'altra si sono introdotti ulteriori protagonisti nella complessa problematica della valutazione e verifica dei servizi.

Con il citato d. lgs. 502/92, pertanto, anche nel campo della sanità si sono determinati percorsi più specifici volti sia a determinare i controlli che a riconoscere i diritti dei cittadini a partecipare attivamente alla stessa funzione di verifica e controllo.

L'art. 10 dello stesso decreto, infatti specifica che "allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità e quantità delle prestazioni, nonché del loro costo, al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi e i flussi informativi dei soggetti erogatori e gli istituti normativi regolanti il rapporto di lavoro del personale dipendente, nonché i rapporti tra soggetti erogatori pubblici e privati e il SSN."

Inoltre è specificato che d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti Stato regioni e sentiti la Federazione nazionale dell'ordine dei medici e gli altri ordini e collegi competenti, sono stabiliti con decreto del Ministro della sanità i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità, che devono essere, fra l'altro oggetto e riferimento nella Relazione sullo stato sanitario del Paese. All'art. 14 è stata dedicata una attenzione particolare al riconoscimento dei diritti dei cittadini nell'ambito della sanità.

E' infatti specificato che "al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del SSN" il Ministro della sanità definisce con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente:

- alla personalizzazione e all'umanizzazione dell'assistenza
- al diritto all'informazione
- alle prestazioni alberghiere
- all'andamento delle attività di prevenzione delle malattie.

Si può notare, per inciso, che nel contesto del dispositivo è fatto esplicito cenno alle "prestazioni alberghiere", che sono state quindi espunte dal contesto generale dell'offerta della prestazione sanitaria, e quindi surrettiziamente individuate quale prestazione autonoma ed aggiuntiva, con i riflessi che tale disposizione ha avuto specialmente per ciò che concerne le prestazioni extra-ospedaliere e in particolare le RSA, dove è prevista la retribuzione a parte delle prestazioni cosiddette alberghiere da parte degli utenti (a meno che non intervenga il Comune nei casi di assoluta impossibilità a pagare da parte degli utenti e loro familiari).

Nel prosieguo della predetta disposizione, che comunque ha rappresentato l'avvio di una attività di monitoraggio e di verifica, è stato quindi specificato che:

"Le Regioni utilizzano il suddetto sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, con la programmazione regionale, per la definizione delle risorse umane, tecniche e finanziarie".

"Le Regioni promuovono inoltre consultazioni con i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali ed in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi".

"Tali soggetti dovranno comunque essere sentiti nelle fasi dell'impostazione della programmazione e verifica dei risultati conseguiti ogni qualvolta siano in discussione provvedimenti su tali materie".

"Le Regioni prevedono forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale".

"Il Ministro della sanità, in sede di presentazione sullo stato sanitario del Paese, riferisce in merito alla tutela dei diritti dei cittadini con riferimento all'attuazione degli indicatori di qualità".

“Il Direttore generale dell’unità sanitaria locale e il Direttore generale dell’azienda ospedaliera convocano, almeno una volta l’anno apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l’andamento dei servizi anche in relazione all’attuazione degli indicatori di qualità e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni”.

A tale riguardo si deve rilevare che a differenza di quanto indicato nella prima riforma e negli atti normativi regionali, la partecipazione, individuata in un ambito indifferenziato e scarsamente regolamentato, è stata oggetto di una maggiore definizione e ruolo: da forme partecipative assolutamente non gestibili, anche ai fini della attività di verifica e di controllo, con la nuova normativa si è in effetti determinata una partecipazione “mediata” e “filtrata”, con il riconoscimento delle rappresentanze formali dei cittadini, così come espresse dalle organizzazioni sindacali, dagli organismi di volontariato e di tutela dei diritti.

La partecipazione quindi non si esprime solo a livello di programmazione, ma anche a livello di controllo e valutazione dei servizi.

Da tale assunto si determina, per converso, l’esigenza di una partecipazione qualificata preparata, in grado non solo di rappresentare le esigenze degli utenti, ma anche esprimere adeguati strumenti per il controllo e la valutazione.

Le sedi e i luoghi per lo svolgimento delle attività di controllo e di valutazione sono individuate ai vari livelli in cui si realizzano le politiche sanitarie, e in tale contesto è particolarmente rilevante l’ambito distrettuale, da intendere quale sede privilegiata per la effettiva realizzazione e sviluppo degli istituti partecipativi.

Per ciò che concerne la sanità, con DPCM 19 maggio 1995 è stato emanato lo “Schema generale di riferimento della “Carta dei servizi pubblici sanitari” sulla base dei principi indicati dalla citata Direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 27 gennaio 1994.

Nel contesto del suddetto provvedimento, a prescindere dalle più specifiche indicazioni in ordine ai diritti dell’utente che si traducono nella osservanza della carta dei servizi, sono individuate le modalità per giungere ad una definizione giuridica degli elementi di valutazione.

Pertanto particolare attenzione è stata data a operare distinzioni concettuali fra:

- **fattori di qualità di un servizio**, che costituiscono gli aspetti più rilevanti per la percezione della qualità del servizio da parte dell’utente che fa esperienza concreta del servizio, e che attengono sia ad aspetti oggettivi (qualità e quantità) che soggettivi, riconducibili alla percezione dell’utenza;
- **indicatori di qualità**, che sono variabili quantitative o parametri qualitativi che registrano una certa organizzazione: i tipi di indicatori da tenere presenti sono: indicatori di processo; indicatori di struttura; indicatori di esito. In effetti con detti indicatori si tende a porre in essere una osservazione “dinamica” della prestazione e del servizio offerto, che deve costituire la “risultante” di un percorso adeguato e monitorato nella sua articolazione non solo progettuale, ma anche operativa e nella sua “resa”;
- **standard di qualità**, che rappresenta il rapporto tra l’obiettivo previsto e l’effettiva prestazione. Il problema degli standard è nevralgico sia per quanto concerne l’impegno ad erogare una determinata e la sua qualità, sia l’aspettativa dell’utente la risposta alle sue esigenze.

Tali elementi di valutazione vanno a costituire il complesso del “pacchetto” che occorre tenere presente ai fini della valutazione e della verifica.

Se tale riferimento costituisce un livello di valutazione oggettiva, ad ulteriore rafforzamento della attività viene specificato il ruolo della partecipazione che, connessa alla legge n. 241/90 deve essere orientata anche in riferimento alla rilevazione del gradimento, da parte dell’utenza, della prestazione sanitaria, per ciò che concerne il controllo di qualità.

Lo stesso controllo di qualità deve quindi prendere in esame:

- la qualità dei rapporti con il personale;
- il comfort offerto;
- le modalità di prenotazione ed erogazione della prestazione.

L'individuazione degli indicatori

Il successivo Decreto 24 luglio 1995, recante "Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità del SSN" ha individuato con maggiore esattezza gli indicatori da considerare quale strumento ordinario e sistematico per l'autovalutazione e la verifica dell'efficienza gestionale e dei risultati conseguiti nell'esercizio delle attività sanitarie.

Gli indicatori quindi rappresentano informazioni selezionate allo scopo di misurare i cambiamenti che si verificano nei fenomeni osservati e, conseguentemente, di orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali.

Ne consegue quindi un quadro di riferimento molto articolato in ordine alla adozione degli indicatori da parte dei responsabili della conduzione e della gestione della sanità, con particolare riferimento alle competenze della Regione e dei Direttori generali delle ASL.

Gli indicatori di efficienza e di qualità del SSN sono stati quindi individuati ai fini del monitoraggio degli obiettivi definiti dal Piano sanitario nazionale 1994-1996, e rappresentano il primo esempio di un impegno concreto a "governare" l'andamento dei processi connessi alla programmazione, gestione, valutazione e verifica della sanità.

Nell'economia della presente trattazione, si riportano, considerata la complessità della materia, gli indicatori più importanti che di per sé stessi costituiscono un riferimento metodologico ai fini della valutazione e della verifica estremamente interessante:

Il quadro oggettivo di riferimento per la definizione del set di indicatori

I dati di riferimento:

- Popolazione residente (per classi di età e sesso)
- Estensione territoriale
- Indice di dipendenza
- Attesa di vita alla nascita
- Attesa di vita a 75 anni
- Tasso di mortalità infantile
- N. casi di morti evitabili
- Mortalità per tutte le neoplasie
- Mortalità per malattie cardiovascolari in soggetti in età 66 anni.

L'offerta

- Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro
- Indicatori di domanda ed accessibilità
- Indicatori di risorse

- Indicatori di attività
- Indicatori di risultato
 - Assistenza sanitaria di base
- Indicatori di domanda ed accessibilità
- Indicatori di risorse
- Indicatori di attività
- Indicatori di risultato
 - Assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale
- Indicatori di domanda e di accessibilità
- Indicatori di risorse
- Indicatori di attività
- Indicatori di risultato
 - Assistenza sanitaria residenziale a non autosufficienti e lungodegenti stabilizzati
- Indicatori di domanda ed accessibilità
- Indicatori di risorse
- Indicatori di attività
- Indicatori di risultato

Gli indicatori dalla parte dell'utente

Con il Decreto 15 ottobre 1996 recante “approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie”, è stato definito ulteriormente il quadro della valutazione e verifica dell'offerta.

In tale contesto si è quindi posta l'attenzione sull'obiettivo di rendere l'offerta “a misura d'uomo”, con l'individuazione di parametri che di per sé stessi costituiscono una “chiave” di riferimento per l'organizzazione funzionale dell'offerta dei servizi e delle prestazioni, questa volta dalla parte dei cittadini, e non solo dalla parte di chi è deputato alla gestione della sanità.

Il referente primario nella raccolta delle informazioni necessarie per la produzione degli indicatori e della loro trasmissione alla Regione e al Ministero della sanità è il direttore generale dell'usl e per la parte applicabile il direttore generale dell'azienda ospedaliera.

L'aspetto più importante dei suddetti indicatori è costituito dalla determinazione tramite punteggio delle varie componenti

In allegato si riporta la tavola riassuntiva degli indicatori.

Il quadro delle garanzie

Nel complesso percorso della definizione di un quadro organico di riferimento tale da consentire un sistema di valutazione e di verifica “a regime”, e quindi tale da rendere governabile la gestione della sanità, ancor prima della definizione dei Livelli Essenziali Assistenziali, preconizzati dal d. lgs 502/92 e dalle successive modifiche (legate al PSN 1998-2001 e al d. lgs. n. 229/99) con il decreto 12.12.01 è stato approvato il Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.

Tale provvedimento, peraltro, è la risultante di un complesso iter legislativo che si connette agli obiettivi non solo di definire un sistema di garanzie, ma anche collocarne l'azione nel contesto delle politiche di

“governo” dell’offerta dei servizi ai cittadini anche sotto il profilo della rispondenza delle attività ai principi di congruo rapporto costi-benefici ed efficacia-efficienza.

Infatti la fonte di riferimento più importante da cui proviene il provvedimento è costituito dall’ art. 28, comma 10, della legge n. 448/98 (Finanziaria 1999), con il quale è stato disposto che “al fine di verificare i livelli di assistenza assicurati in ciascuna regione e provincia autonoma, valutare i risultati economico-gestionali e individuare le cause di eventuali disavanzi (distinguendo fra responsabilità statali e responsabilità regionali), il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, sentita la conferenza permanente Stato-Regioni, avrebbe dovuto definire, entro il 28 febbraio 1999, gli indicatori ed i parametri concernenti gli aspetti strutturali ed organizzativi dei sistemi sanitari regionali ed i livelli di spesa.

Nel prosieguo di un percorso volto a stabilire regole certe in ordine al monitoraggio ed alla verifica dell’andamento della gestione della sanità, superando il concetto di una competenza meramente circoscritta al Ministero della sanità, con il d.lgs. 56/00 concernente “Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma della legge n. 133/99” sono state all’art. 10 definite le procedure di monitoraggio dell’assistenza sanitaria, riprendendo le disposizioni già individuate dal d.lgs. 502/92 in proposito.

Nel contesto del suddetto provvedimento, pertanto, è stato disposto che il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, sentita la conferenza permanente Stato-Regioni, avrebbe dovuto definire con uno o più decreti, entro sei mesi, un sistema di garanzia del raggiungimento in ciascuna regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal SSN.

Pertanto è su tale impianto predefinito, in cui è evidente un ruolo notevole del Ministro dell’economia e della Conferenza Stato-Regioni (secondo una prassi consolidatasi nel tempo) che si è mosso il decreto 12.12.01.

In premessa al decreto viene sottolineato che con il d. lgs. n. 502/92 è stato, fra l’altro, introdotto il principio dell’obbligo da parte dello Stato di definire gli standard dei servizi socio-sanitari e indicare i criteri per la qualità dei servizi stessi.

Il decreto riconduce alla potestà centrale la competenza a stabilire un insieme minimo di indicatori e di parametri di riferimento finalizzato al monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza nonché dei vincoli di bilancio delle regioni a Statuto ordinario.

Il set di indicatori interessa le diverse dimensioni della valutazione dei servizi sanitari, inclusi i relativi costi.

Allo scopo di consentire un’interpretazione integrata delle informazioni riportate dal “set di indicatori”, le informazioni stesse sono corredate dai dati riguardanti lo stato di salute e il contesto socio-ambientale e demografico delle popolazioni di riferimento.

In base a quanto indicato in termini generali nel decreto, si presuppone il superamento della concezione “statica” della raccolta delle informazioni e della acquisizione degli indicatori, essendo evidente l’obiettivo di pervenire ad una lettura “dinamica” delle informazioni, e legare l’analisi stessa alla realtà effettiva nella quale operano i servizi.

Tale orientamento, peraltro, è stato anticipato da varie Regioni che hanno in proposito adottato specifici provvedimenti (Lombardia, Toscana, Umbria, Emilia Romagna, Veneto, Marche, Valle d’Aosta, ecc.). Per ciò che concerne le modalità e i livelli di utilizzo, gli indicatori sono utilizzati a livello nazionale e regionale.

E’ altresì specificato che le informazioni fornite dagli indicatori richiedono una lettura congiunta e complessiva dell’intero sistema degli indicatori, alla luce degli elementi sullo stato di salute e sul contesto socio-ambientale, e un utilizzo appropriato dei risultati.

Particolare rilievo nel contesto del provvedimento è stato dato alla definizione univoca e condivisa degli indicatori, in base all'esperienza in materia realizzata dal Ministero della sanità attraverso l'utilizzo di indicatori basate sulle informazioni rilevate, e anche in relazione alle tendenze internazionali in materia e le esperienze in corso di attuazione nell'ambito dell'Unione europea.

Gli indicatori sono così intesi:

- **indicatori:** informazioni selezionate allo scopo di conoscere fenomeni di interesse, misurandone i cambiamenti e, conseguentemente, contribuendo ad orientare i processi decisionali dei diversi livelli istituzionali
- **dati di base:** dati elementari utilizzati in forma aggregata per la costituzione degli indicatori
- **parametri di riferimento:** sono individuati sulla base dei valori nazionali o di indicazioni di esperienze internazionali o di indicazioni normative e programmatiche
- **criteri di selezione:** criteri in base ai quali si misura la validità, l'utilità, la misurabilità e la capacità discriminante
- **classificazione:** raggruppamento degli indicatori sulla base dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza
- **standardizzazione:** aggiustamento del dato grezzo sulla base delle variabili che ne condizionano i risultati: la più comune forma di standardizzazione è effettuata per le caratteristiche della popolazione di riferimento (sesso e struttura per età)
- **qualità dei dati di base:** insieme delle caratteristiche che rendono affidabile un dato
- **rappresentazione dei dati:** modalità statistiche che misurano la tendenza alla dispersione dei dati
- **validazione dei dati:** approvazione definitiva, convalida e riconoscimento ufficiale dei dati di base a seguito dei meccanismi di controllo e della valutazione della qualità dei dati.

La definizione del “pacchetto” di indicatori, per come è espressa, supera la attuale frammentazione esistente fra le Regioni caratterizzata da una notevole difficoltà di acquisizione di dati (anche a causa della non uniforme presenza degli Osservatori sanitari), e pertanto con tale elencazione si realizza la definizione di un “linguaggio comune” volto a garantire sia l'uniformità che la attendibilità delle informazioni.

Di rilievo il disposto che il direttore generale dell'azienda è responsabile della corretta rilevazione e della tempestiva trasmissione dei dati.

Viene affermato l'impegno di pubblicare annualmente, entro il 31 dicembre dell'anno successivo a quello di riferimento, dal Ministero della salute in uno specifico rapporto nazionale, di cui è data diffusione pubblica.

L'elenco degli indicatori

L'elenco degli indicatori assume notevole importanza in relazione alla possibilità di definire un quadro complessivo, articolato e pertinente, dell'andamento della gestione e dell'offerta dei servizi sanitari.

Inoltre la definizione dell'elenco degli indicatori si connette ai Livelli Essenziali di Assistenza, e ne costituisce un valido complemento.

Nel prosieguo dell'analisi del decreto, vanno altresì evidenziate le altre schede di indicatori, specifiche e pertinenti, che concernono l'analisi dell'efficienza delle prestazioni, la popolazione interessata per aree-problema e fasce di età, e i relativi costi, secondo la ormai acquisita classificazione dell'Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale, l'assistenza ospedaliera.

La valutazione e il monitoraggio a livello locale: l'atto aziendale

Oltre che a livello di normativa statale e regionale, l'ulteriore riferimento ai fini della definizione dello "stato" normativo che attiene alla valutazione ed al monitoraggio è riscontrabile nell'atto aziendale della AUSL.

Come è noto, con DGR 6 marzo 2007, n. 139 la Regione Lazio ha indicato specifiche linee guida alle ASL ed alle Aziende Ospedaliere per l'adozione dell'Atto aziendale, così come propugnati dal d.lgs. 229/99 e dagli atti di recepimento della Regione stessa, nonché dalla L.R. 27/06.

L'atto aziendale, quindi rappresenta, lo statuto locale della salute, con cui l'ASL definisce la propria missione e la propria conseguente organizzazione, così come lo statuti del comune è da intendere la carta costituzionale locale.

In tale contesto sono indicati specifici riferimenti in ordine alla valutazione ed al monitoraggio delle prestazioni e dei servizi.

In genere nell'atto aziendale sono indicate le modalità con cui svolge gli interventi rivolti alla persona, avuto riguardo ai principi ed alla mission ed alla vision di riferimento.

Per ciò che concerne lo svolgimento delle attività, è nel governo clinico che viene particolarmente evidenziata la articolazione funzionale degli interventi, avuto riguardo ai seguenti aspetti fondamentali:

- la presa in carico, con particolare riferimento alle fasce deboli;
- la formulazione dei percorsi assistenziali;
- il monitoraggio dei percorsi assistenziali.

Ne consegue quindi un preciso impegno della AUSL, anche a fronte di una poderosa legislazione di sostegno come sopra illustrata, per portare avanti azioni specifiche in ordine alla valutazione ed al monitoraggio delle attività.

La funzione preposta a tale compito, negli Atti Aziendali, è in genere attribuita ad una specifica struttura aziendale di verifica e valutazione (nucleo di valutazione), che opera in staff alla direzione strategica e in posizione di autonomia, con il compito di assicurare le attività di verifica dei risultati e di valutazione permanente del personale.

Ulteriori strumenti ai fini della valutazione e del monitoraggio sono i seguenti:

- l'**Audit civico**, che è definito negli Atti aziendali quale uno degli strumenti primari per la partecipazione dei cittadini alle politiche sanitarie aziendali; l'Audit civico viene definito quindi un processo che si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte, attraverso una attività di monitoraggio sulla base di specifici indicatori.
- la **Conferenza dei servizi** di cui all'art. 14, comma 4 del d.lgs. 229/99, indetta dal Direttore generale con cadenza annuale, rendendo noti i dati relativi all'attività svolta, all'attuazione degli obiettivi.
- la **Consulta sanitaria**, come organismo di consultazione di organismi di volontariato e di tutela dei diritti del cittadino per fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi erogati. La Consulta, quindi, assume un ruolo fondamentale in ordine ad aspetti connessi anche alla valutazione, con riferimento alla propria titolarità, fra l'altro, a:
 - elaborare proposte finalizzate al miglioramento della qualità e all'umanizzazione del servizio;
 - promuove progetti di indagine di gradimento.

L'ulteriore livello di più immediata operatività, in cui la valutazione ed il monitoraggio diventano assolutamente inquadrabili nella normale attività degli operatori è il distretto sanitario, che viene individuato, fra l'altro, quale sede specifica per:

- la valutazione della domanda/bisogno dei cittadini, degli utenti e delle loro famiglie;
- la valutazione e la conduzione dell'assetto erogativo delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, anche ai fini dell'appropriatezza e della domanda delle risposte assistenziali.

Quadro sinottico dei protagonisti del sistema di valutazione e monitoraggio

PRESIDENZA CONSIGLIO DEI MINISTRI:

- Fissa i Principi per l'erogazione dei servizi pubblici (Direttiva 27.1.94)
- Emanava la Carta dei servizi pubblici (DPCM 19.5.95)

SETTORI INTERESSATI

Sanità
Assistenza e previdenza sociale
Istruzione
Comunicazione e trasporti
Energia elettrica
Acqua
Gas
Fisco

MINISTRO SANITA':

- Approva indicatori di efficienza e di qualità (art.10 d.lgs. 502/92)
- Indica contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel SSN (DM 24.7.95)
 - Approva gli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del Servizio riguardanti:
 - La personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza
 - Il diritto all'informazione
 - Le prestazioni alberghiere
 - L'andamento delle attività di prevenzione delle malattie (DM 15.10.96)
- Definisce il sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (Art. 28, comma 10 legge 448/98; d. lsg. 56/00; DM 12.12.02)
- Riferisce nella relazione annuale l'andamento dell'attività di monitoraggio

REGIONI

- Definiscono le modalità di vigilanza e controllo e valutazione dei risultati (d. lgs. 502/92, art. 2)
- Utilizzano gli indicatori in materia di indirizzo tecnico, promozione e supporto alle AUSL (DM 24.7.95)
- Elaborano annualmente la relazione illustrativa dello stato sanitario che contiene fra l'altro, valutazioni circa l'efficacia dei criteri di programmazione ed allocazione delle risorse adottati, utilizzando gli appositi indicatori (DM 24.7.04)
- Utilizzano gli indicatori finalizzati al monitoraggio del rispetto dei LEA e dei vincoli di bilancio (DM 12.12.01)
- Possono adottare ulteriori indicatori significativi ed influenti al fine di assistere efficacemente i processi decisionali regionali e locali (DM 24.7.95)
- Utilizzano gli indicatori per la verifica dello stato attuazione dei diritti dei cittadini

- Promuovono la consultazione con i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali (art. 14 d. lgs. 502/92)

COMUNI

- Attraverso la conferenza dei sindaci valutano i risultati

DIRETTORE GENERALE

- Utilizza gli indicatori per l'esercizio delle funzioni, fra le altre, di valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati (DM 24.7.95)
- Convoca conferenza servizi per verificare l'andamento dei servizi in base agli indicatori di qualità (D. lgs. 502/92, art.10)

AUDIT CIVICO

CONFERENZA DEI SERVIZI

- rende noti i dati relativi all'andamento dei servizi e lo stato di attuazione degli obiettivi

CONSULTA SANITARIA

- elabora proposte finalizzate al miglioramento della qualità e all'umanizzazione del servizio
- promuove progetti di indagine di gradimento

DISTRETTO SANITARIO

- valuta la domanda/bisogno dei cittadini, degli utenti e delle loro famiglie;
- valuta la conduzione dell'assetto erogativo delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, anche ai fini dell'appropriatezza e della domanda delle risposte assistenziali.

CITTADINI, LORO ASSOCIAZIONI E PORTATORI DI INTERESSE

Sono sentiti nella fase di impostazione della programmazione e verifica risultati

La valutazione dei servizi sociali

Mentre per i servizi sanitari, stante il peso rilevante degli stessi nel contesto dell'offerta dei servizi alla persona, sono stati emanati molteplici provvedimenti che si sono svolti in un percorso che copre un periodo trenta anni, per ciò che concerne i servizi sociali, a livello statale, si è dovuta attendere la legge n. 328/00 per poter definire un quadro di riferimento certo per il monitoraggio e la verifica dell'andamento della gestione dei servizi.

Peraltro, l'attenzione conferita alla attività di verifica e di monitoraggio è limitata a scarse enunciazioni assorbite in articoli più complessi.

All'art. 3, comma 1, è specificato che "per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma unitaria ed integrata, è adottato il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità ed efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione dell'impatto di genere.

Per ciò che concerne le competenze dei Comuni:

All'art. 6, comma 3, lettera c) fra le competenze dei comuni è ascritta quella di “adottare strumenti per la semplificazione amministrativa e per il controllo di gestione atti a valutare l'efficienza, l'efficacia ed i risultati delle prestazioni, in base alla programmazione; alla lettera d): il comune è competente a “effettuare forme di consultazione dei soggetti del terzo settore e delle organizzazioni sindacali e delle associazioni di tutela degli utenti per valutare la qualità e l'efficacia dei servizi e formulare proposte ai fini della predisposizione dei programmi; alla lettera e) è infine attribuita ai comuni la competenza a garantire ai cittadini i diritti di partecipazione al controllo di qualità dei servizi, secondo le modalità previste dagli statuti comunali.

Per ciò che concerne le competenze delle Regioni:

All'art. 8, lettera e) è specificata la loro funzione, fra l'altro, alla “promozione di metodi e strumenti per il controllo di gestione atti a valutare l'efficace e l'efficienza dei servizi ed i risultati delle azioni previste; alla lettera h) la definizione dei requisiti di qualità per la gestione dei servizi e l'erogazione delle prestazioni”.

La tutela degli utenti:

All'art. 13 è specificato che entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge, si sarebbe dovuto adottare lo schema di riferimento per la carta dei servizi sociali, in cui, fra l'altro, sarebbero state indicate le condizioni per facilitare le valutazioni dei servizi da parte degli utenti e dei soggetti che rappresentano i loro diritti.

Il finanziamento e la verifica

Analogamente a quanto disposto per la sanità, anche per il versante sociale si è inteso collegare il finanziamento alla verifica ed al monitoraggio.

Infatti, secondo l'art. 20 il Governo avrebbe dovuto provvedere a disciplinare modalità e procedure uniformi per la ripartizione delle risorse finanziarie del Fondo nazionale per le politiche sociali, con riferimento, tra l'altro, a “prevedere forme di monitoraggio, verifica e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati degli interventi, nonché modalità per la revoca dei finanziamenti in caso di mancato impegno da parte degli enti destinatari entro periodi determinati.

A fronte di tali disposizioni, nel Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali, secondo quanto disposto dall'art. 18 della legge n. 328/00 sono stati indicati gli indicatori e i parametri per la verifica dei livelli di integrazione sociale effettivamente assicurati in rapporto a quelli previsti, nonché gli indicatori per la verifica del rapporto costi-benefici degli interventi e dei servizi sociali.

Per ciò che concerne la Regione Lazio, i riferimenti relativi alla valutazione ed al monitoraggio sono stati adottati con specifici atti deliberativi, e il più recente è costituito dalla DGR 25.7.08,n. 560 “Piano di utilizzazione triennale 2008-2010 degli stanziamenti per il sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali. Approvazione documento “Linee guida ai comuni per l'utilizzazione delle risorse del sistema integrato regionale di interventi e servizi sociali, triennio 2008-2010” (BUR n. 32 del 28.8.08).

Con tale provvedimento in effetti la Regione ha definito ulteriormente il quadro del sistema integrato dei servizi sociali, prevedendo in ciascun ambito l'Ufficio di piano.

L'ambito di riferimento operativo è rappresentato dal sistema integrato di interventi e servizi sociali, che deve garantire al cittadino le prestazioni che rappresentano i LIVEAS:

- segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- servizio sociale professionale;
- servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personale e familiare;

- assistenza domiciliare;
- strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociale;
- centri di accoglienza residenziale o diurni a carattere comunitario.

L'Ufficio di piano costituisce una struttura tecnico-amministrativa dove, attraverso opportune forme di coordinamento, si realizza l'integrazione fra i Comuni e la ASL, tra pubblico e privato sociale.

L'azione strategica dell'Ufficio di piano si realizza essenzialmente attraverso:

- la circolazione delle informazioni;
- l'attivazione di tavolo di lavoro tematici di ordine generale;
- momenti di verifica e valutazione dei risultati raggiunti.

Le attività devono coinvolgere i Comuni, il distretto i cittadini singoli o associati, il terzo settore e le organizzazioni sindacali.

L'atto istitutivo dell'Ufficio di piano deve individuare la struttura organizzativa, le finalità, la sede operativa, le risorse economiche ed il personale necessario al suo funzionamento.

L'Ufficio di piano è costituito da un coordinatore, uno staff tecnico-progettuale e una struttura amministrativa.

Il coordinatore è coadiuvato dai tecnici dei comuni e dai responsabili del distretto.

I Comuni del distretto individuano, pertanto, i propri rappresentanti tecnici ed amministrativi presso l'ufficio di piano.

Nella definizione dell'assetto organizzativo dell'Ufficio di piano le amministrazioni interessate sono tenute ad individuare in modo puntuale l'apporto stabile e continuativo in termini di risorse umane per il funzionamento dell'ufficio stesso, ovvero le risorse economiche proprie necessarie per acquisire dall'esterno risorse umane, nei limiti della normativa vigente.

L'Ufficio di piano, per la corretta funzionalità ed operatività, si avvale della consulenza e della collaborazione dei segretari dei Comuni del distretto e del responsabile dell'ufficio di ragioneria del comune capofila.

Il Comune capofila deve garantire il regolare funzionamento dell'ufficio di piano.

Compito prioritario dell'ufficio è la definizione della pianificazione dei servizi e degli interventi da attivare a livello locale; a tal fine cura la redazione del piano di zona e individua il budget di distretto.

Compete allo stesso ufficio l'attuazione del piano di zona, con particolare riferimento ai progetti operativi inseriti nel piano stesso.

Spettano alla struttura le seguenti funzioni specifiche:

- curare i rapporti con i competenti uffici dell'Assessorato;
- curare i rapporti, con i soggetti pubblici e privati, attraverso lo sviluppo di una "cultura sociale" che integri e valorizzi i modelli di intervento;
- gestire il budget di distretto e curare la rendicontazione da inviare all'Assessorato;
- coordinare la predisposizione dei principali atti destinati alla concreta attuazione del piano di zona e dei progetti operativi;
- registrare e aggiornare tutti i dati indispensabili alla pianificazione distrettuale;
- monitorare l'attuazione del piano di zona e dei progetti operativi.

Gli ambiti della valutazione

Le "sfere" dell'attività di monitoraggio e di valutazione

Dal quadro sopra esposto, si rileva che le “sfere” interessate alla attività di monitoraggio e di valutazione fanno essenzialmente riferimento a due ambiti che costituiscono assieme il complesso degli attori chiamati alla costruzione del sistema sanitario: la “sfera interna” e la “sfera esterna”.

La “sfera interna” attiene ai soggetti che sono preposti istituzionalmente all’organizzazione dell’offerta del servizio, e che, ciascuno per la propria competenza, riconosciuta sul piano costituzionale e normativo, deve assolvere in ordine ai compiti assegnati anche in termini di verifica e di controllo, e che di seguito si elencano:

- **i politici:** sono portatori, sulla base del mandato dei cittadini in quanto elettori e valutatori, dei programmi e delle scelte strategiche che fanno riferimento ai valori e agli obiettivi da realizzare, e procedono a verificare e valutare l’operato;
- **i manager:** che, sulla base dei titoli e dell’esperienza professionale acquisita e dimostrata con appropriate certificazioni (d.lgs. 229/99) procedono, quindi alla messa in atto della tattica, con l’attività di programmazione, pianificazione, gestione, controllo e valutazione e quindi sono titolati a gestire e a mettere in atto le scelte strategiche definite dai politici; nell’ambito dei servizi sociali la figura dirigenziale è individuabile nel **coordinatore sociale**, che opera a livello di ambito sociale;
- **gli operatori:** costituiscono la testa, il cuore e gli arti attraverso i quali si realizzano concretamente i programmi, le attività e i processi di autovalutazione;
- **di monitoraggio:** in base a quelli che già sono indicati nel quadro della specifica preparazione professionale e ulteriormente precisati nel codice deontologico;
- **i sindacati:** rappresentano la sede, riconosciuta negli atti aziendali, di confronto con l’Azienda Sanitaria per il perseguimento della tutela della salute e del soddisfacimento dei bisogni dei cittadini-utenti. In tale contesto è prevista la consultazione dei sindacati secondo procedure standardizzate e trasparenti. Analoga funzione viene svolta nell’ambito dei servizi socio-assistenziali, come disposto anche dalla Regione Lazio.

A tale quadro di riferimento vanno aggiunti gli operatori privati, e del terzo settore che in quanto commissionati, sulla base dell’accreditamento per lo svolgimento di specifici servizi, debbono essere oggetto di controlli e di monitoraggio da parte dei committenti.

La “sfera esterna” è quella che fa riferimento alla rilevanza esterna dell’offerta, e che quindi rappresenta il complesso dei destinatari e dei soggetti coinvolti nella fruizione dei servizi e nella loro valutazione.

Quindi la “sfera esterna” della valutazione e del monitoraggio attiene ai soggetti verso i quali sono rivolti gli interventi e i servizi sanitari, socio-sanitari e socioassistenziali.

Nel quadro di una profonda evoluzione della partecipazione, a fronte di un assemblearismo indifferenziato, questa è andata progressivamente a qualificarsi e a delinarsi con maggiore chiarezza, fino a configurarsi in quanto sintesi dei “portatori di interesse” (stakeholders) e quindi portatori di bisogni che devono essere soddisfatti e costituzionalmente riconosciuti come titolari di diritti civili e sociali a cui deve corrispondere l’impegno da parte dello Stato a definire i livelli essenziali per il loro esercizio (e, fra questi, il diritto alla salute e all’assistenza).

- **Gli utenti:** sono i primi interessati alla valutazione dell’offerta dei servizi, e a tale riguardo gli strumenti più importanti sono: l’ Audit civico, sopra richiamato, che è definito negli Atti aziendali quale uno degli strumenti primari per la partecipazione dei cittadini alle politiche sanitarie aziendali. La Conferenza dei servizi di cui all’art. 14, comma 4 del d.lgs. 229/99), indetta dal Direttore generale con cadenza annuale, rendendo noti i dati relativi all’attività svolta, all’attuazione degli obiettivi.
- **Le associazioni degli utenti:** secondo quanto indicato dal d.lgs. 229/99, In genere è previsto che alla Conferenza dei servizi partecipano i cittadini, gli operatori della Azienda sanitaria, gli amministratori locali, le OO.SS, gli enti ed organismi pubblici e privati che operano sul territorio.
- **Le organizzazioni di volontariato:** sono specificatamente indicate nel d.lgs 502/92, quali soggetti interessati al controllo ed alla valutazione delle prestazioni sanitarie.

- **I sindacati:** oltre che svolgere un ruolo all'interno della Azienda, e dell'ambito sociale, in quanto portatori di interessi dei lavoratori e dei pensionati in quanto fruitori ed utenti, sono pienamente titolati a svolgere uno specifico ruolo quanto a valutazione e controllo dei servizi.

Le sedi della valutazione e del monitoraggio

Secondo la normativa vigente, il processo di valutazione e di monitoraggio è definito in vari livelli, secondo una legislazione "progredente" che si è sviluppata nel corso di circa venti anni.

A livello statale la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha provveduto ad emanare con varie direttive i principi per l'erogazione dei servizi pubblici, al cui interno sono stati individuati gli strumenti per la definizione della Carta dei servizi pubblici, a cui sono interessati i settori della sanità e dell'assistenza.

Il Ministero della sanità ha svolto una notevole attività volta a definire gli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio Sanitario Nazionale, anche ai fini della valutazione delle dimensioni qualitative del Servizio stesso concernenti particolari aspetti da considerare nevralgici, quali l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, il sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.

Nell'ambito della sanità sono state altresì individuate le competenze delle Regioni in ordine allo svolgimento delle attività di valutazione e di monitoraggio, con l'adozione di specifici indicatori in materia di indirizzo tecnico, promozione e supporto alle Aziende Sanitarie.

Nell'ambito della loro competenza in materia di sanità sono tenute ad elaborare annualmente la relazione illustrativa dello stato sanitario che deve contenere, fra l'altro, valutazioni circa l'efficacia dei criteri di programmazione ed allocazione delle risorse adottate, sulla base di appositi indicatori, anche con riferimento al monitoraggio dei LEA.

Utilizzano altresì gli indicatori per la verifica dello stato attuazione dei diritti dei cittadini e promuovono la consultazione con i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali.

A livello locale il ruolo dei Comuni è svolto attraverso la Conferenza dei Sindaci, intesa anche come sede per la valutazione e la verifica dell'operato del Direttore generale.

Al livello della Azienda sanitaria, anche in riferimento a quanto disposto nelle linee guida della Regione Lazio per quanto attiene alla valutazione ed al monitoraggio, è specificato che a livello della stessa AUSL, attraverso vari strumenti (nucleo di valutazione interna, audit civico, conferenza dei servizi, consulta sanitaria), sono specificate le modalità per l'esercizio della valutazione e del monitoraggio.

Il distretto sanitario è l'ulteriore livello in cui viene svolto il processo di valutazione, in rapporto alle modalità con le quali si risponde al bisogno sanitario e socio sanitario.

Se sul piano della sanità sono ben precisate ed evidenti le sedi della valutazione e del monitoraggio (con la previsione del "nucleo di valutazione all'interno della AUSL) , nell'ambito dei servizi sociali, anche con riferimento ad una situazione più complessa, risulta evidente la necessità di definire con maggiore approfondimento il complesso processo della valutazione e del monitoraggio.

A tale riguardo, tenuto conto di quanto viene prospettato dall'esame della normativa regionale di recepimento della legge 328/00 da parte delle 11 Regioni che hanno emanato specifiche leggi regionali, i cardini su cui si muove il processo di valutazione e di monitoraggio sono:

- L'osservatorio regionale delle politiche sociali, che nel contesto del "sistema di osservazione" svolge anche le funzioni di monitoraggio, analisi e valutazione dell'attuazione delle politiche sociali, nonché di previsione dei fenomeni sociali.
- Il ruolo riconosciuto delle province che, sulla base di indirizzi regionali, sono indicate quale sede degli osservatori provinciali sulla rete integrata dei servizi e interventi sociali e monitoraggio dell'offerta e della spesa e della valutazione degli interventi e dei servizi, nonché di svolgimento di analisi ed approfondimenti in ordine alle tematiche sociali, d'intesa con i comuni.
- L'Ufficio di piano, come sopra illustrato e come indicato nella DGR 25.7.08,n. 560.

I riflessi della normativa sugli assistenti sociali

Dall'esame della copiosa produzione normativa emanata a livello statale e regionale, è innegabile lo sforzo compiuto per giungere ad un sistema di monitoraggio e di valutazione tale da coinvolgere tutti gli attori, che non sono solamente gli erogatori dei servizi, ma anche i destinatari.

Alla luce degli indicatori sopra illustrati, è altresì rilevabile lo sforzo di collocare le politiche sanitarie nel contesto civile, sociale ed ambientale nel quale si muovono, e la specificazione di alcuni di essi fanno ritenere valida l'ipotesi di un collegamento stretto fra sanità, benessere, welfare, economia e risorse.

La definizione delle "sfere" di riferimento per la attività di valutazione e di monitoraggio, pur nella loro semplice elencazione, ma adeguatamente richiamata nelle disposizioni normative, di per sé stesse rende implicito comunque il necessario collegamento con la professione dell'assistente sociale e con i principi, i metodi e le tecniche del servizio sociale professionale.

L'exkursus della modalità e degli strumenti della valutazione e del monitoraggio rendono evidente che il ruolo degli assistenti sociali è di assoluta competenza e incisività.

Per ciò che concerne la pianificazione, tale funzione è tipica dell'intervento sociale proprio del lavoro sociale di comunità, che costituisce uno dei capisaldi dell'assistente sociale, così come definito sia nel profilo professionale DPR 1219/84 (i profili professionali nella pubblica amministrazione) sia nella legge 84/93 che ha istituito la professione: l'assistente sociale, fra l'altro, collabora ad attività di progettazione, organizzazione e gestione degli interventi, servizi e strutture.

In tale contesto, nella realizzazione delle attività connesse alla programmazione e della progettazione e pianificazione, la stessa si esplica attraverso una preliminare analisi del bisogno, la definizione della diagnosi o del profilo di comunità, la individuazione delle priorità e degli interventi, la verifica e la valutazione attraverso l'esplicazione dei risultati attesi e dei risultati raggiunti.

Tale azione, per ciò che concerne l'ulteriore livello operativo degli assistenti sociali, si connette a quanto specificato nella stessa normativa.

L'ASSISTENTE SOCIALE:

- è responsabile del caso;
- effettua la valutazione professionale del bisogno;
- definisce il percorso assistenziale personalizzato e ne cura l'attuazione in termini di appropriatezza ed efficacia;
- assicura la gestione ed il controllo delle prestazioni erogate e in relazione agli obiettivi.

In tale contesto il complesso degli indicatori di per sé stesso costituisce una guida ragionata per sviluppare non solo una adeguata attività di monitoraggio, ma anche di autoanalisi e di autovalutazione estremamente interessante e proficua.

A conclusione della presente trattazione, si deve quindi evidenziare che le basi e i presupposti per giungere alla definizione del sistema di monitoraggio e di valutazione dei servizi sanitari, sono ben individuati, e la loro applicazione deve comunque diventare un atto di "routine" tale da determinare un collegamento continuo con l'obiettivo dello sviluppo e del miglioramento dell'offerta.

Il sistema di valutazione si connette infatti anche al processo di accreditamento delle strutture, dei servizi socio-sanitari, e socio-assistenziali, secondo una azione costante di vigilanza, controllo e rispetto degli standard.

L'attività di valutazione e di verifica sulla attività dei servizi sanitari e sociali, per come è stata prospettata nella normativa, pur dipanatasi nell'arco di circa trenta anni, si propone quindi di pervenire alla configurazione di un sistema adeguato volto non solo a definire gli aspetti "ragioneristici" del processo di valutazione e verifica, ma anche tutti gli aspetti funzionali, organizzativi, strutturali, finanziari, patrimoniali, ecc. che debbono caratterizzare qualsiasi azienda ed istituzione che deve essere produttiva, efficace ed efficiente.

Il complesso problema della valutazione e del monitoraggio, è stato affrontato anche nel recente Libro verde del Governo "La vita buona nella società attiva", che ripropone, nel contesto dell'azione complessiva che lo stesso Governo intende realizzare per una coordinata politica di welfare, la necessità di un costante

monitoraggio della efficacia degli interventi, e quindi oltre alla definizione di un set di indicatori della vita buona e della società attiva, un sistema condiviso di monitoraggio e di valutazione.

TAVOLA RIASSUNTIVA DEGLI INDICATORI

TOTALE	Assistenza Collettiva Amb.vita e Lavoro	Assistenza Sanitaria Di base	Assistenza Specialistica Semires. e Territoriale	Assistenza Ospedaliera	Assistenza Sanitaria Residenziale	Aspetti Generali
Personalizzazione/umanizzazione	-	6	5	8	4	-
Diritto all'informazione	1	-	2	5	2	2
Prestazioni Alberghiere	-	-	1	18	16	-
Aspetti di Prevenzione	3	1	-	2	-	3
Totale gen.le= 79	4	7	8	33	22	5

INDICATORI DI QUALITA' DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI

PERSONALIZZAZIONE/ UMANIZZAZIONE

LIVELLI UNIFORMI DI ASSISTENZA

FACILITA' DI PRENOTAZIONE ED ADEMPIMENTI AMMINISTRATIVI	Assistenza Collettiva Amb.vita e Lavoro	Assistenza Sanitaria Di base	Assistenza Specialistica Semires. e Territoriale	Assistenza Ospedaliera	Assistenza Sanitaria Residenziale	Aspetti Generali
Possibilità di pagare il ticket all'interno del presidio sede della prestazione			X	X		
Possibilità di prenotare le visite Specialistiche attraverso il Telefono			X			
Possibilità di prenotare le visite Specialistiche tramite CUP			X			
Numero di postazioni con il CUP			X			
Numero MMG con apertura Studio dopo le 18 per almeno 1 ora- Numero medici medicina legale		X				

Idem per i pediatri		X				
Numero MMG collegati Telamaticamente al CUP		X				
Numero ambulatori medicina generale con oltre 20 ore di Apertura settimanale su numero totale		X				
CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA						
Numero delle unità operative di Degenza nelle quali viene sistematicamente comunicato un Medico di riferimento				X	X	
Numero dei servizi territoriali nei quali viene sistematicamente Comunicato un operatore sanitario di riferimento			X			
Numero di dimissioni accompagnate da relazione sanitaria per il MMG				X		
UMANIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI E TUTELA DEI DIRITTI						
Esistenza di zone del presidio predisposte per il rispetto della Privacy in occasione di decessi				X	X	
Possibilità per i visitatori dell'ingresso giornaliero al presidio oltre le ore 18,00				X	X	
Numero medio di ore di Apertura giornaliera ai visitatori del presidio durante i giorni feriali				X	X	
Presenza di locali				X		

riservati alle Associazioni di volontariato e Di difesa dei diritti degli utenti						
Metri di superficie degli spazi destinati a scopi ricreativi per bambini ricoverati in pediatria				X		
Totale (compresi indicatori ripetuti= 23	6		5	8	4	

INDICATORI DI QUALITA' DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

FACILITA' DI PRENOTAZIONE ED ADEMPIMENTI AMMINISTRATIVI	Assistenza Collettiva Amb.vita e Lavoro	Assistenza Sanitaria Di base	Assistenza Specialistica Semires. e Territoriale	Assistenza Ospedaliera	Assistenza Sanitaria Residenziale	Aspetti Generali
Esistenza URP e ore di apertura						X
Distribuzione all'atto del ricovero di opuscolo informativo E sui regolamenti che interessano il paziente				X		
Numero unità operative nelle quali è stata effettuata almeno una inchiesta sulle opinioni degli utenti e dei familiari durante il Periodo di riferimento			X	X	X	

INFORMAZIONE SANITARIA						
Numero medio di giorni entro i Quali viene consegnata la cartella clinica dal giorno della richiesta				X		
Esistenza di procedure scritte relative al Consenso informato del paziente				X		
Esistenza di un ufficio per l'educazione sanitaria	X					
Esistenza di procedura o di un piano per la sicurezza e la Riservatezza delle informazioni Sanitarie			X	X	X	
PRESTAZIONI ALBERGHIERE						
SERVIZI IGIENICI						
Numero di posti letto in camere di degenza con servizi igienici Riservati ai degenti della stanza				X	X	
Numero dei servizi igienici per I degenti				X	X	
Numero di servizi igienici nella Struttura ambulatoriale			X			
COMFORT DELLE STANZE						
Numero posti letto con armadio Guardaroba singolo o anta di armadio multiplo				X	X	
Numero di posti letto con schienale regolabile				X	X	
Numero posti letto con luce individuale e dispositivo di Chiamata funzionante				X	X	
Numero di camere di degenza con oltre 4 posti				X	X	
Numero posti letto disponibili/numero di camere di Degenza				X		
Superficie im mq camere di degenza				X	X	
Numero di camere di degenza con oltre 2 posti				X	X	

letto						
Numero di telefoni mobili ad uso dei ricoverati				X	X	
Numero dei telefoni fissi ad uso dei ricoverati				X	X	
VITTO						
Fornitura sistematica ai degenti degli accessori completi per la consumazione dei pasti				X	X	
Possibilità di scelta tra due o più opzioni per ogni componente del menù per i pazienti a dieta libera				X	X	
Distribuzione del pranzo ai pazienti prima delle ore 12				X	X	
Distribuzione del pranzo ai pazienti prima delle ore 19				X	X	
SERVIZI COMMERCIALI						
Presenza di un punto vendita, all'interno del presidio, accessibile ai dirigenti e ai familiari per gli accessori essenziali alla cura della persona				X		
Possibilità di usufruire di un parrucchiere e di un barbiere, gratuito o a pagamento, operante a tempo pieno e ad orario fisso nel presidio				X	X	
Passaggio nei reparti di degenza di un rivenditore di giornali e riviste				X	X	
Totale=35			1	18	16	

INDICATORI DI QUALITA' DEI SERVIZI E DELLE PRESTAZIONI SANITARIE

ASPETTI DELLA PREVENZIONE	Assistenza Collettiva Amb.vita e Lavoro	Assistenza Sanitaria Di base	Assistenza Specialistica Semires. E Territoriale	Assistenza Ospedaliera	Assistenza Sanitaria Residenziale	Aspetti Generali
Numero di soggetti coinvolti nella campagna di prevenzione primaria delle malattie cardiovascolari	X	X	X			
Numero delle donne sottoposte a screening per la diagnosi precoce del tumore al seno	X	X	X			
Numero delle donne sottoposte a screening per la diagnosi precoce del tumore dell'utero	X	X	X			
Esistenza di un Accordo dell'ASL con i comuni di competenza per l'invio dell'elenco delle vaccinazioni obbligatorie presso le abitazioni degli assistiti						X
Numero del MMG che partecipano all'attività di screening prevista dall'ASL		X				
Esistenza di uno sportello per la prevenzione unificata						X
Ore di apertura giornaliera dello Sportello per la prevenzione unificata						X
Numero dei colpiti da piaghe da decubito dal secondi grado in su durante il ricovero				X		
Numero dei posti letto attrezzati con i dispositivi per la				X		

prevenzione delle piaghe da Decubito						
Totale 9	3	1	-	2	-	3

Quadro delle garanzie

• Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

- percentuale dei vaccinati;
- percentuale AUSL dotate di Dipartimento di prevenzione;
- costo pro-capite del Servizio di igiene e sanità pubblica;
- costo pro-capite del Servizio di igiene e degli alimenti e della nutrizione;
- costo del servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro sulla popolazione attiva;
- costo percentuale del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- costo pro-capite del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

• Assistenza distrettuale

- disponibilità medici di medicina generale;
- costo pro-capite per la medicina generale;
- numero medio di ricette farmaceutiche prescritte dai medici di medicina generale;
- numero delle ricette pro-capite;
- costo percentuale dell'assistenza farmaceutica nell'ambito dell'assistenza distrettuale;
- costo percentuale dell'assistenza farmaceutica;
- percentuale di AUSL dotate di CUP;
- percentuale di strutture che hanno verificato e /o aggiornato la Carte dei servizi;
- percentuale di AUSL dotate di 118;
- giornate per l'assistenza riabilitativa, semiresidenziale e residenziale ogni 1.000 abitanti;
- costo pro-capite per l'assistenza territoriale, semiresidenziale, e residenziale ai disabili;
- prestazioni di assistenza specialistica sulla popolazione residente pesata;
- costo percentuale dell'assistenza specialistica nell'ambito dell'assistenza distrettuale;
- costo pro-capite dell'assistenza specialistica;
- percentuale di donne sottoposte a screening per la diagnosi precoce dei tumori femminili;
- percentuale di anziani trattati in ADI;
- giornate in strutture semiresidenziali e residenziali per l'assistenza agli anziani, ogni 1.000 ab. in età maggiore a 65 anni;
- costo pro-capite per la suddetta assistenza;
- ricoveri prevenibili (ogni 1.000 ab.) per asma, diabete, scompenso cardiaco.

• Assistenza ospedaliera

- Tasso standardizzato di ospedalizzazione per degenza ordinaria e day hospital;
- Indice di attrazione;
- Indice di fuga;
- Posti letto per 1.000 ab.;
- Costo pro capite dell'assistenza ospedaliera;
- Incidenza percentuale del costo del personale ospedaliero sul costo totale del personale;
- Incidenza percentuale del costo del personale ospedaliero sul costo del livello di assistenza ospedaliera;
- Percentuale dei dimessi da reparti chirurgici con DGR medici;
- Perso medio dei ricovero degli anziani;

- Tasso di ospedalizzazione (nella popolazione anziana) per particolari procedure chirurgiche: cataratta, sostituzione dell'anca e by pass coronario e angioplastica.

- Indicatori di risultato

- Quoziente mortalità infantile;
- Tasso di mortalità materna;
- Tasso di mortalità evitabile o per cause selezionate;
- Tasso di mortalità intraospedaliera per infarto miocardio acuto;
- Percentuale di bambini sottopeso;
- Speranza di vita libera da disabilità alla nascita e a 65 anni;
- Liste di attesa per specialistica e diagnostica.

Elenco informazioni sullo stato di salute e sul contesto

L'individuazione di precise informazioni in ordine alla situazione sanitaria in un determinato contesto, che si ispira ai classici canoni della statistica sanitaria, porta alla definizione di un quadro sanitario adeguato alla formulazione della diagnosi sociale, su cui impostare la programmazione, la scelta delle priorità, la realizzazione degli interventi e la verifica e valutazione dei risultati.

* Indicatori stato di salute

- tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause;
- tasso standardizzato di mortalità per cause cardio e cerebrovascolari;
- tasso standardizzato di mortalità per tumori;
- tasso standardizzato di mortalità per incidenti stradali, domestici e sul lavoro;
- tasso di incidenza di alcune malattie infettive;
- tasso di prevalenza di alcune malattie croniche (diabete, asma e malattie allergiche, artrosi e artrite).

* Indici demografici e fattori socio economici

- indice di invecchiamento demografico;
- indice di fecondità totale;
- tasso di incremento demografico;
- percentuale di famiglie monocomponente anziano;
- tasso di abortività;
- tasso di disoccupazione;
- tasso di attività femminile;
- PIL pro capite;
- incidenza percentuale della spesa dovuta a servizi sanitari e alla salute.

* Fattori personali e comportamentali che incidono sulla salute

- Percentuale di fumatori di età uguale o superiore a 14 anni;
- Tasso standardizzato di mortalità per cause in parte attribuibili al fumo;
- Tasso standardizzato di mortalità per cause in parte attribuibili a consumo di alcol;
- Percentuale di popolazione obesa;
- Tasso di ospedalizzazione per incidenti stradali.

* Fattori ambientali legati alle condizioni di vita e di lavoro

- densità della popolazione;
- percentuale di costa non balenabile;
- tasso di ospedalizzazione per incidenti domestici;
- tasso di ospedalizzazione per infortuni sul lavoro.

* Indicatori di qualità del processo

- percentuale di strutture di ricovero dotate di protocolli di dimissione protetta che prevedono il coinvolgimento del territorio;
- percentuale di unità operative di degenza che hanno rilevato il gradimento degli utenti rispetto alla qualità dei servizi;
- percentuale di segnalazione / reclami relativi ai tempi di attesa.

LA FUNZIONE VALUTATIVA DELL'ASSISTENTE SOCIALE: UN ELEMENTO DI EVOLUZIONE DELLA PROFESSIONE

Paola Rossi*

La valutazione costituisce una funzione fondamentale delle professioni. Essa è preliminare a ogni atto professionale cui si accinga lo stesso professionista, ma anche ad interventi di altri professionisti o di organismi, che la presuppongano in relazione a propri interventi, scelte, decisioni. Pensiamo alle consulenze tecniche in ambito giudiziario, ma anche all'analisi geologica del terreno sul quale l'ingegnere progetta una costruzione.

La valutazione costituisce l'elemento su cui si centra il contratto tra chi chiede una prestazione professionale e chi accetta l'incarico. In base ad essa si definiscono compiti, programmi, tempi di attuazione e compensi.

Gli assistenti sociali sono stati chiamati a formulare valutazioni fin dall'inizio della loro storia in ogni campo in cui si sono cimentati, anche se, sul piano giuridico e formale, ci sono voluti oltre quarant'anni per individuare e definire la funzione sociale della professione riconoscendone le competenze.

Le contraddizioni in cui la professione si è dibattuta sono molteplici e, in parte, riferibili alla condizione di dipendenza da strutture, prevalentemente pubbliche, nelle quali gli assistenti sociali hanno operato. Ciò ha generato la difficoltà, in taluni casi tuttora persistente, di individuare e scindere le funzioni, e quindi anche le relative responsabilità, tra la professione e la struttura o l'organizzazione alle dipendenze delle quali opera.

Per alcuni decenni gli assistenti sociali sono stati formati soprattutto per assumere compiti istituzionali, teorizzandone l'identificazione con la funzione istituzionale dell'ente. Che la professione costituisse strumento idoneo ad assolvere i compiti attribuiti dagli statuti e dalle leggi agli enti non ha bisogno di dimostrazioni, perché la storia lo documenta.

Essa infatti è nata contestualmente allo Stato finalmente democratico e alle nuove esigenze di partecipazione dei cittadini: ciò ha contraddistinto il suo ingresso sulla scena. I valori che la ispiravano e sostanziano, erano recepiti nei principi della Carta costituzionale.

Gli assistenti sociali hanno risposto a esigenze di rinnovamento del settore socio assistenziale non meno che alla necessità di attuazione di riforme sociali di vasta portata (riforma fondiaria, programmi di edilizia economica, per esempio. A tal riguardo, la citazione può essere ampia e molto variegata). Per ciò che concerne l'assistenza, pensiamo alla necessità di introdurre modificazioni nelle risposte istituzionali standardizzate e rigide degli enti preposti, alla necessità di rinnovare criteri nell'erogazione delle prestazioni e modelli operativi, ma anche alla nascita di un ente che ha acquisito come proprio contenuto e obiettivo il servizio sociale e ha operato attraverso modelli tipici del servizio sociale professionale: l'Ente per la protezione morale del fanciullo. In questo caso, il servizio sociale professionale rappresentava non lo strumento, ma il contenuto e il fine stesso dell'intervento. Un valore in sé: l'aiuto alla persona a orientarsi, a acquisire consapevolezza, a utilizzare le risorse proprie, quelle disponibili nel suo ambito familiare e sociale e l'offerta dei servizi, a aumentare le proprie competenze sociali. Una considerazione affatto nuova della persona che esprimeva uno stato di difficoltà e il bisogno di aiuto, un intervento sulla situazione, non legato esclusivamente a un titolo giuridico-amministrativo.

Pensiamo anche alla promozione e all'impulso all'introduzione di istituti giuridici innovativi (legge sull'adozione speciale del 1967, anticipata dalle pratiche di affidamento a scopo di adozione degli Istituti

* Assistente Sociale specialista già Presidente dell'Ordine Nazionale degli Assistenti Sociali

Provinciali per l'assistenza all'infanzia) e quindi alla sostanziale modificazione di norme e prassi per rispondere a esigenze sociali nuove, diverse o diversamente considerate.

Fino agli anni '70 il lavoro di deistituzionalizzazione era stato realizzato esclusivamente per impulso degli assistenti sociali, non certo sorretti anzi, spesso, avversati, da pubblici amministratori e funzionari, che paventavano la chiusura di istituti per l'infanzia intorno ai quali si erano coagulati interessi di ogni tipo.

Gli studi sui danni conseguenti alla privazione di cure materne sostenevano l'azione degli assistenti sociali indirizzata alla promozione di adozioni precoci e alla realizzazione di case-famiglia per le madri e i loro piccoli, il lavoro sul singolo caso per trovare soluzioni in ambito familiare e superare la massiccia istituzionalizzazione.

La funzione, il mandato sociale, della professione, ancorché non ancora consacrati dall'istituzione dell'Albo e dell'Ordine, emergevano quindi e venivano, di fatto, riconosciuti e praticati in ambito operativo; in situazioni in cui gli assistenti sociali erano chiamati a realizzare un mandato istituzionale, ormai affidato a un'organizzazione rigida, soprattutto tesa all'autoconservazione.

La vita e le prassi in uso negli istituti per l'assistenza all'infanzia erano infatti in assoluto contrasto con le nuove acquisizioni scientifiche e con l'approccio ai problemi, realizzato dalla professione, sulla base di queste e dei propri valori e fini. Ma anche con gli indirizzi politici che si venivano affermando negli ambienti più sensibili e qualificati, proprio in relazione allo sforzo di sperimentare e indurre il cambiamento.

E' indubbio che il legame della professione con gli enti e con il sistema dell'assistenza in generale ha rallentato un processo di autoidentificazione e coinvolto la professione in molte contraddizioni.

Spesso gli assistenti sociali si sono detti che la loro presenza faceva crescere tutto il settore ma che, come accade per il lievito, alla fine nella massa lievitata questo non è più distinguibile.

La necessaria distinzione è stata avviata dalla istituzione dell'Ordine e, in particolare, dall'emanazione di un codice deontologico cogente, che ha indotto e sostenuto un rinnovato processo di autoriflessione nella comunità professionale e nei vari gruppi omogenei, chiamati ad assolvere compiti istituzionali specifici, in taluni casi definiti con precisione dalle leggi istitutive (v. Servizio sociale della Giustizia).

E' ben evidente che oggi tutta la professione, ai vari livelli, è fortemente coinvolta in un processo di rinnovamento e crescita, che passa attraverso il riconoscimento del mandato professionale e la riappropriazione di spazi e competenze.

La sovrapposizione del *mandato professionale*, così come ora è chiaramente emerso e si è definito, e del *mandato istituzionale* dell'ente di appartenenza comporta una serie di rischi. Può essere confusiva e depotenziare il portato innovativo e la capacità di proposta della professione.

Vanno tenute distinte le responsabilità professionali da quelle proprie dell'ente o dell'organizzazione, rispetto alle quali il codice deontologico detta norme precise per una condotta propositiva e professionalmente responsabile.

La dialettica tra le due istanze consente l'emersione di un problema; la professione agisce da stimolo per scelte gestionali e politiche (come il reperimento e l'allocazione delle risorse, più mirate ai bisogni dei cittadini, in consonanza con il cambiamento sociale e le istanze di necessario rinnovamento), a condizione che mantenga ed eserciti la propria facoltà di valutare le situazioni e di formulare proposte competenti ispirate dai propri valori e fini.

Nelle vicende relative agli istituti di ricovero per l'infanzia non vi è dubbio che gli assistenti sociali hanno esercitato un ruolo fondamentale sostenendo e motivando scelte politiche atte a superare modelli vetusti d'intervento e non vi è dubbio che ciò è stato possibile in ragione di valutazioni ispirate e sostenute da valori e da cultura professionale peculiari.

Consideriamo, nel concreto, oggi, le possibili interferenze tra un progetto del servizio sociale professionale, calibrato sulle esigenze di una persona o di un gruppo, e gli orientamenti o le scelte dell'ente di appartenenza.

Tale progetto può comportare l'assunzione di un onere economico giudicato incompatibile con l'esigenza di contenimento delle spese dell'ente locale (l'esempio è tutt'altro che peregrino, perché in taluni casi

esistono indicazioni esplicite volte a limitare o escludere certi tipi di intervento e gli operatori subiscono condizionamenti).

Gli assistenti sociali sono tenuti, a mio avviso, a indicare le soluzioni più idonee alle situazioni rilevate, individuando, se possibile, alternative più praticabili, ma non devono farsi carico di questioni gestionali e politiche che, semmai, competeranno a quelli tra loro che operano a quel livello e in quel campo.

Al processo di chiarificazione e di riappropriazione delle competenze e responsabilità prettamente professionali, hanno concorso più concause, in stretta correlazione tra loro, il cui reciproco influenzamento rende solo indicativa e non strettamente cronologica l'elencazione:

- le varie esperienze di prestazioni libero-professionali, anche preesistenti l'istituzione dell'Ordine professionale;

- la legge istitutiva del diritto-dovere del segreto professionale, che ha conferito e confermato la natura fiduciaria e professionale del rapporto con la persona nell'ambito dei servizi; così come nell'ambito libero professionale,

- la definizione e ponderazione, anche in termini economici, degli atti professionali. Quest'importante e impegnativo atto dell'Ordine professionale ha consentito di elaborare e di presentare il tariffario, che, benché ancora in via di approvazione da parte dei competenti organi ministeriali, costituisce tuttavia un punto di riferimento per la professione e viene anche, sempre più spesso, richiamato dalle pubbliche amministrazioni nell'attribuzione di incarichi,

- le azioni, anche giudiziarie, ad opera di cittadini ed utenti dei servizi che ritengono lesi i propri diritti, contestando responsabilità professionali nell'operato dell'assistente sociale. Nell'attuale clima sociale in cui tutti i conflitti vengono esacerbati, l'Ordine ha ravvisato la necessità di offrire una copertura a questi eventi mediante una polizza assicurativa, atta a coprire i rischi professionali. Lo studio e la messa a punto di questo strumento ha costituito un'ulteriore occasione di crescita di consapevolezza e responsabilità per la professione;

- l'attività peritale in campo giudiziario, rispetto alla quale l'Ordine ha svolto un importante lavoro di ricognizione e valutazione degli atti professionali, in termini di impegno di tempo e competenze, per garantire una congrua remunerazione. Operando in concerto con le altre professioni implicate, sono stati predisposti adeguati parametri, anche questi in via di approvazione. In questa sede appare importante sottolineare il contenuto culturale dell'operazione di disarticolazione degli atti professionali e ponderazione di singoli segmenti degli stessi, ai fini di una valutazione dell'impegno di tempo e di competenze per l'attribuzione di un corrispettivo valore economico. La professione, avendo nel corso della sua storia avuto la sua principale collocazione nell'ambito del lavoro dipendente prevalentemente pubblico, ha di fatto, anche attraverso questo processo, scoperto se stessa o almeno una propria nuova dimensione.

Considerando, ancora una volta, il lungo cammino fin qui percorso, dobbiamo riflettere che anche nel non recente passato, gli assistenti sociali, pur se stretti nel duplice legame tra l'ente e la persona, le cui istanze nel tempo erano divenute in taluni casi incompatibili con le scelte e le prassi operative adottate dai vari enti, si sono sempre sentiti professionisti, con un proprio statuto professionale, proprie norme deontologiche, un sistema di valori di riferimento.

Intorno a questi e alla ricca esperienza accumulata, veniva nel tempo sedimentando e decantandosi la cultura della professione, evidenziando al contempo i contenuti e le finalità sue proprie. In forza di ciò, gli assistenti sociali sono stati in grado di trasformare le realtà in cui operavano e di conseguire la pienezza dell'attuale status giuridico e sociale.

Vorrei richiamare, per il suo particolare significato e valore, il vincolo del segreto professionale, che la professione si è dato e ha rispettato nel corso della sua storia anche attraverso situazioni conflittuali nei luoghi di lavoro, affrontando dilemmi complessi e di difficile soluzione.

Appare evidente che, anche all'interno delle consolidate prassi degli enti di assistenza, l'assistente sociale definiva una *relazione* e un *campo* all'interno dei quali l'"assistito" poteva esplorare tutti gli aspetti del

proprio problema, anche quelli legati al vissuto, esponendosi e manifestando la propria emotività, in una dimensione di sicurezza e libertà di espressione. Gli assistenti sociali si sono dunque adoperati con continuità a salvaguardare e far crescere un rapporto fiduciario con la/le persone finalizzato a porgere aiuto attraverso un rapporto professionale.

Il rapporto fiduciario è proprio di professionisti che esercitano il proprio mandato in piena responsabilità. Mi sembra di dover citare una vicenda di cui sono stata protagonista, in quanto particolarmente significativa e anticipatrice, a testimonianza di tale consapevolezza professionale e della determinazione di assumere ed esercitare responsabilità in proprio, fuori dell'ambito delle organizzazioni e strutture di appartenenza (ambito, per un verso protettivo, per l'altro di fagocitazione e disconoscimento dello specifico professionale).

Nel 1988 ho presentato domanda di iscrizione all'albo dei consulenti al Tribunale civile di Roma ottenendo dall'apposita commissione di selezione dei candidati una risposta negativa, che suonava, più o meno, così: gli assistenti sociali non sono previsti e quindi la richiesta non viene accolta. Il ricorso all'apposita commissione della Corte d'appello con l'ausilio del parere "pro veritate" di un legale, evidenziando che funzioni di valutazione erano già svolte di fatto da anni dagli assistenti sociali, soprattutto quelli appartenenti ai servizi per l'infanzia, è stato accolto. Va sottolineato che, all'epoca, il titolo in possesso degli assistenti sociali era costituito dal diploma di assistente sociale non sempre riconosciuto come titolo di studio (DPR 14/87).

I CTU sono chiamati a valutare situazioni complesse, che esigono specifiche competenze professionali. Per questo ottenere il riconoscimento esplicito di una specificità professionale assumeva un particolare valore.

Questo successo "giudiziario" è stato valorizzato in seguito. Infatti, allo scopo di promuovere le numerose proposte convergenti della legge istitutiva dell'Albo e dell'Ordine, si è reso necessario documentare l'acquisizione di uno status della professione maturo e dimostrare che gli assistenti sociali erano ormai avviati ad esercitare in propria responsabilità professionali verso cittadini e strutture, assumendosi direttamente le questioni relative alla contrattazione delle prestazioni (dal contenuto alle finalità delle stesse).

In tutte le proposte presentate alle Camere per ottenere la legge istitutiva dell'Albo dell'Ordine, eccettuate le due iniziali, che preesistevano, così come nella relazione che ho predisposto per il relatore del provvedimento in Commissione Affari Sociali, ho ritenuto di dover citare ed enfatizzare l'attribuzione degli incarichi di CTU presso i tribunali.

Ciò infatti evidenziava inequivocabilmente il "salto di qualità" della professione e la volontà e capacità di emanciparsi da una posizione di lavoro esclusivamente dipendente, che la riduceva a "funzione" dell'ente o della struttura di appartenenza. Costituiva condizione e presupposto per entrare nel novero delle libere professioni e quindi ottenere l'istituzione dell'Albo e dell'Ordine.

I riferimenti storici mi appaiono essenziali per dimostrare che la professione di assistente sociale si è concepita tale fin dalle origini, quando si è data autonomamente norme di comportamento e ha con grande convinzione perseguito un adeguato iter formativo, anche se solo l'istituzione dell'Ordine ha dato piena legittimità alle sue giuste istanze, ha consentito la definizione delle sue prerogative, della sua funzione sociale, delle attività riservate.

L'ambito operativo, sia pubblico che privato, registra oggi la presenza di molte, forse troppe, professionalità. Ciò rende difficile al cittadino, utente di un servizio o potenziale cliente di uno studio professionale, individuare esattamente le professionalità di cui potrebbe avvalersi in risposta ai propri quesiti o ai propri problemi.

Credo che tutte le professioni implicate in un servizio necessitino di rivisitarsi e ridefinirsi con chiarezza. Il confronto, peraltro, è già in atto. Il dovere di chiarezza verso i potenziali fruitori delle prestazioni professionali si impone poi nell'ambito dell'esercizio libero professionale. Gli assistenti sociali hanno il dovere di definire non solo la problematica proposta (e ciò implica un primo livello di valutazione, su cui stabilire il contratto con il cliente), ma anche il dovere di rendere espliciti i contenuti e i fini del proprio lavoro, l'approccio tecnico-metodologico che intendono utilizzare e, naturalmente, i tempi e i costi dell'intervento.

A questo punto, poiché, come abbiamo asserito, la valutazione costituisce elemento indispensabile, sia nella fase preliminare del trattamento che nelle successive fasi di verifica, è necessario che l'assistente sociale abbia chiaro il proprio mandato professionale, rendendosi pienamente responsabile dello stesso, valutando il contesto in cui è chiamato ad agire, individuando l'oggetto e il fine propri, le competenze degli altri professionisti presenti sulla scena ed infine eventuali competenze istituzionali degli organi implicati (loro finalità e prassi operative).

Devono essere presenti i riferimenti culturali e filosofici che costituiscono la matrice della professione, ne definiscono gli obiettivi, rendendone peculiari la presenza e le prestazioni.

Intraprendendo il compito di CTU, ho avvertito la necessità di rivisitare il mio lavoro precedente che aveva avuto le stesse finalità: offrire strumenti di valutazione alla magistratura relativamente a casi di difficile decifrazione.

Ho riletto criticamente le *relazioni* stilate per servizio, confrontandole con lo stile e le forme propri delle *perizie*; ho dovuto rilevarvi una commistione di elementi valutativi e narrativi, destinati, questi ultimi, ad evidenziare il percorso seguito e le varie tappe dell'intervento, allo scopo di rispondere alle finalità dell'ente, alle sue funzioni e responsabilità, anche di ordine amministrativo, alle sue prassi e al suo stile operativo.

In una prestazione professionale effettuata in veste di CTU assumeva invece particolare rilevanza quanto rispondeva alle esigenze giudiziarie, la definizione dell'area da esplorare per dare risposta ai quesiti del giudice, le forme da rispettare nell'esecuzione del compito, i rigidi protocolli formali (comunque mai del tutto esenti da possibili interpretazioni). Venivano a mancare quella speciale veste e l'autorità conferita dall'appartenenza a un ente (il mandato istituzionale) cui dovevano supplire la competenza e l'autorevolezza professionali, soprattutto in un momento in cui non era ancora stato istituito l'Ordine professionale.

L'aver ricevuto incarichi di perito di parte per iniziativa di avvocati o l'aver affiancato lo psichiatra incaricato dal giudice per approfondire realtà familiari particolarmente complesse, mi è sembrato significativo del riconoscimento da parte di altri professionisti dell'apporto peculiare della professione.

Tratto con attenzione particolare la funzione di CTU assunta dall'assistente sociale ed esploro le sue implicazioni, nella convinzione che costituisca un utile campo di osservazione riguardo l'oggetto che stiamo trattando: la valutazione professionale.

L'attività peritale è infatti focalizzata sulla valutazione e praticamente si esaurisce in questa.

In tutte le altre situazioni, è invece inserita ed integrata in un continuum operativo con sue proprie finalità e obiettivi più complessi, che il professionista è impegnato a perseguire o in forza di un contratto o per compito d'ufficio.

In un contesto eminentemente conflittuale, in cui comunque si effettuano scelte che risulteranno determinanti per la vita delle persone coinvolte e in particolar modo dei figli, la valutazione dell'assistente sociale delle situazioni e dei ruoli che vi giocano le persone implicate, offre un apporto affatto peculiare, per le attitudini proprie della professione:

- la capacità di indagare la realtà a tutto campo e di evidenziare le interconnessioni tra più elementi concomitanti,
- la capacità di fotografare la realtà *hic et nunc*, proiettandola al contempo in un'ottica prospettica,
- il lavoro di consapevolizzazione delle persone e di promozione del cambiamento, che si accompagna all'intervento dell'assistente sociale anche nella fase di indagine e di approfondimento,
- il coinvolgimento degli attori, che non vengono mai declassati a "oggetto" di osservazione e valutazione,
- l'attitudine alla mediazione, propria della professione e comunque sviluppata in vari decenni di pratica professionale,

➤la capacità di confrontarsi con altri professionisti e di promuovere un clima collaborativo nell'interesse di tutti i protagonisti, per addivenire a soluzioni le meno traumatiche per tutti e soprattutto per i minori.

E tuttavia si impone una riflessione sul fatto che la professione si impegni in una attività eminentemente valutativa, che può prescindere da un progetto condiviso con le persone, da articolare e seguire nel tempo, come è tipico del lavoro di servizio sociale, perché la professione ha come proprio asse portante l'aiuto alla persona.

Aiuto che deve essere focalizzato soprattutto sulla necessità di instaurare e mantenere relazioni positive e suscettibili di sviluppo all'interno del sistema di relazioni personali, nonché a promuovere e sostenere rapporti durevoli nel tempo.

Il lavoro è finalizzato, quindi, a permettere alla persona d'indagare la propria realtà esistenziale, valutando il significato delle proprie scelte, proiettando queste nel futuro proprio e delle altre persone coinvolte; è sostenuto e integrato in una relazione in cui la persona viene impegnata a decifrare essa stessa la situazione.

Al proprio mandato l'assistente sociale deve tener fede anche quando si inoltra nel difficile campo giudiziario: il suo obiettivo rimane offrire alla persona, alle persone coinvolte, l'opportunità di accrescere la propria competenza nel valutare le questioni che le riguardano e ponderare vantaggi e rischi insiti nelle varie scelte. A tal fine è importante esplorare a fondo la realtà presente e prevederne gli sviluppi. Le soluzioni che si progettano, soprattutto nei confronti dei figli minori, devono garantire gli spazi per la crescita di questi e soprattutto la necessaria stabilità del contesto.

I bambini sono oggetto di particolare tutela sociale e giuridica e l'impegno prioritario dell'assistente sociale nei loro confronti, sancito anche dal Codice Deontologico, non solo può e deve essere esplicitato, ma l'obiettivo è far accettare questo principio ai genitori in conflitto, facendo loro comprendere, anche, che far crescere i figli in un clima equilibrato realizza anche per loro la garanzia di un avvenire sereno.

Nel caso di un incarico di perito di parte, i committenti sono gli adulti e sono ovviamente quelli che pagano le parcelle facendo valere il proprio peso contrattuale: la questione si pone perciò in tutta la sua complessità ed esige la massima chiarezza e comportamenti rigorosi.

In taluni casi la conflittualità può essere alimentata da comportamenti, intenzionali o meno, degli stessi periti e/o da legali che vivono le vicende processuali come un ring in cui si vince o si perde.

Sono certa che colleghi si sono cimentati nel compito di esplorare questo campo di lavoro, che io ho dovuto abbandonare per l'onerosità del l'incarico assunto in seno all'Ordine. Le mie poche considerazioni saranno entrate nell'ambito della loro, sicuramente più ricca e aggiornata, riflessione.

Vorrei, tuttavia, sottolineare la difficoltà di considerare soddisfacentemente remunerativa un'attività che implica, se svolta con l'impegno di preservare l'integralità dei valori della professione, l'obiettivo di servizio alla persona e il rigore metodologico.

Fin qui ho trattato, forse solo in apparenza, della valutazione nell'ambito dell'intervento sul caso. L'approccio professionale può e deve essere ispirato dagli stessi fini e criteri sia che si valutino le situazioni che coinvolgono una o più persone, sia che si valutino servizi, sistemi di servizi, le stesse politiche sociali, in ambito locale come pure in ambito più vasto.

Anche nel valutare singole scelte operative concernenti uno o più servizi, e le politiche sociali locali nel loro complesso, l'assistente sociale, oltre a tener presenti la razionalizzazione del sistema, la sua funzionalità ed economicità, che sono elementi particolarmente legati all'assetto organizzativo dei servizi, deve fare costante riferimento alla persona, ai suoi bisogni fondamentali di riconoscimento, di identità comunitaria, di partecipazione, di "presenza".

Nelle scelte politiche e nella gestione dei servizi sociali, l'ottica professionale esige una progettualità che si ponga l'obiettivo di preservare, consolidare e sviluppare un'identità comunitaria, di qualificare il rapporto tra la persona e la comunità di appartenenza.

Tutto ciò definisce il sociale e, al contempo, la professione e il suo mandato.

La razionalizzazione e l'economicità dei servizi e del sistema dei servizi costituiscono da tempo i parametri fondamentali della valutazione, ma io credo che l'assistente sociale non possa fare riferimento esclusivamente a questi criteri, non includendo anche altri valori e fini, che costituiscono il contenuto primario del suo lavoro e danno significato alla sua presenza.

La valutazione del servizio, del sistema di servizi, non può prescindere dalla filosofia fondante del servizio sociale e dalla sua ottica trifocale: persona, comunità, territorio, considerando quest'ultimo soprattutto nella sua dimensione di tessuto sociale, di matrice culturale, di humus vitale, di presenze istituzionali e di iniziative e risorse spontanee o organizzate, di potenzialità di sostegno e promozione delle persone e dei gruppi sociali.

Da sempre il servizio sociale professionale opera in quest'ottica complessa e promuove la reciproca crescita di competenza tra queste realtà, assumendo la qualificazione e lo sviluppo delle interrelazioni come obiettivo prioritario e irrinunciabile.

Gli assistenti sociali debbono rimanere fortemente ancorati a criteri valutativi che assumono la persona e il suo sviluppo, nel suo contesto culturale e sociale, come parametro fondamentale. Il servizio, i servizi sono finalizzati a creare e tutelare gli spazi di crescita personale, a garantire la partecipazione sociale. In definitiva, a garantire l'esercizio della libertà, diritto fondamentale cui tutti gli altri si ancorano e che li presuppone.

Gli assistenti sociali sono stati i primi a parlare di comunità e ad operare concretamente in questo ambito. Dobbiamo riferirci ai territori e ai tempi in cui sono stati avviati e condotti interventi di riforma fondiaria, a quegli insediamenti urbani (INA Casa, UNRRA Casas, per esempio) in cui hanno aiutato assegnatari, capi famiglia, gruppi di famiglie, provenienti dalle più diverse regioni e privi perfino di un comune linguaggio, a prendere consapevolezza della nuova dimensione della loro vita, di diritti e doveri, a tentare rapporti che preludessero alla costruzione di una comunità, in cui potessero svilupparsi sentimenti di reciproco riconoscimento e anche, soprattutto in ambiente rurale, embrioni di cooperazione.

Tutto ciò non avrebbe potuto misurarsi forse con criteri scientifici, di cui all'epoca non si aveva alcuna nozione, ma coincideva con obiettivi professionali e, a un tempo, istituzionali e politici.

Il progetto politico era infatti condiviso e l'impegno per la rinascita del Paese ed il rinnovamento democratico coinvolgevano tutti.

Sembra importante sottolineare che gli assistenti sociali intervenivano anche laddove non era stata formulata un'esplicita domanda d'intervento da parte delle persone e dei gruppi sociali, sulla base di indirizzi politici che la professione condivideva e di valutazioni sue proprie, relative alla promozione sociale, alla partecipazione, all'acquisizione di strumenti di conoscenza e di crescita. Per consentire, attraverso strumenti informativi e formativi, l'acquisizione e l'esercizio di diritti riconosciuti, di cui non c'era ancora piena consapevolezza.

Gli assistenti sociali impegnati in questo campo procedevano preliminarmente a "studi d'ambiente" e a ricerche atte ad individuare bisogni tuttora inespressi, a farli emergere, a far emergere anche le risorse dei territori e dei gruppi sociali, a valorizzarle e finalizzarle.

Valutavano, per l'appunto, la realtà socio-ambientale in cui avrebbero operato e la congruità e validità delle loro stesse proposte d'intervento per svilupparne le potenzialità.

Non possiamo rinunciare oggi, in un contesto talmente diverso, dopo aver dato impulso a tanti cambiamenti e aver contribuito alla L. 328/2000 ispirandone passaggi significativi, appiattirci su un sistema di servizi che risponda, seppur con strumenti raffinati, puntuali, sofisticati a un disegno di politica sociale che non abbia come scopo ultimo e ragion d'essere la crescita complessiva della comunità ma risponda invece a singoli bisogni con progetti "a canna d'organo", con interventi parcellizzati o magari con bonus.

In questa ultima opzione politica sembra intravedersi il rischio di riproporre un vecchio assistenzialismo, riconoscendo la persona solo in relazione al suo problema ed eludendo la questione fondamentale: il bisogno di essere considerato come membro della comunità e persona che con la sua stessa presenza la

arricchisce. Emerge la rinuncia a un progetto politico che studi e analizzi i fenomeni del disagio, integrando il “socio-assistenziale”, in una qualificata politica di sviluppo economico e sociale.

Molti osservatori rilevano che l'appartenenza è oggi un bisogno fondamentale, alla cui risposta i servizi, per la loro parte, debbono concorrere, contribuendo a dare identità, dignità, sicurezza a un cittadino che vive una serie di rischi, di perdite di punti di riferimento che appaiono sempre più contraddittori ed incerti. L'ottica del servizio sociale professionale è indispensabile e preziosa per dare e preservare il senso di politiche sociali autenticamente attente alla persona.

UN PATTO TRA LE PROFESSIONI¹

Paola Rossi*

Oggi non vi è praticamente professione che non assuma compiti per o nella PA, alcune per eseguire compiti circoscritti ad una determinata area, e a termine, altre per realizzare compiutamente le finalità istituzionali: sono quelle nel cui Dna sono insite le stesse finalità previste negli statuti degli enti pubblici e, quindi, sono “costituzionalmente” atte al loro raggiungimento ed essenziali per il funzionamento delle strutture.

Tra queste spiccano le professioni sociali e sanitarie, le professioni che operano nell’area educativa e scolastica, a tutti i livelli.

Le Professioni Sociali: contraddizioni e insidie sul terreno operativo

Le professioni intellettuali che operano nel sociale hanno un ruolo determinante nella qualità delle prestazioni che vengono erogate dalle istituzioni fino a definirne e qualificarne il profilo e a determinare il giudizio sull’efficienza e l’adeguatezza delle stesse.

I compiti che vi svolgono sono peraltro tutti previsti, compresi i margini di discrezionalità, o l’esplorazione e la ricerca di soluzioni innovative può essere assunta in proprio dai professionisti?

E, soprattutto, quale è il protagonismo dei professionisti e l’affermazione dei valori e dei fini professionali in un campo complesso e mutevole quale è il sociale?

Tutta l’attività di questi professionisti, che si svolge in un campo contiguo a quello politico e che vi ha indubbi riflessi ma viene continuamente influenzato dagli orientamenti e dalle scelte che vi si compiono, rischia continuamente di ridefinirsi in senso riduttivo o di appiattirsi su prassi e regolamenti, perdendo il suo animus originario.

Non che manchino pronunciamenti da parte di singoli professionisti o di gruppi organizzati che si avvalgono anche di organi di stampa, ma, nell’attuale complessità e contraddittorietà del sociale e in un clima politico che sembra favorire e anche incentivare “inversioni di rotta” rispetto a molte conquiste di ieri, date ormai per scontate e considerate riferimenti certi anche per l’operatività quotidiana, un richiamo forte ai valori, ai significati, ai presupposti e ai fini della professione può costituire un sostegno e un elemento chiarificatore.

Il Professionalismo: una chiave di lettura

Afferma Eliot Freidson (2002), teorico del professionalismo, che quest’ultimo è “inteso come principio organizzativo della divisione del lavoro, principio differente da quello del Mercato e della Burocrazia, perché ha una logica propria, autonoma, una terza logica”, che “il professionista riesce a controllare direttamente il proprio lavoro” (anche in regime di lavoro dipendente) e che si tratta di “lavoro regolato dalle associazioni professionali in tutta autonomia per quanto concerne la divisione del lavoro e l’etica legata al mandato esclusivamente pubblico”.

Freidson conclude il suo saggio affermando: “I professionisti rivendicano il diritto morale, oltre che tecnico, di controllare gli impieghi della propria disciplina, in modo da opporsi alle restrizioni economiche e politiche che limitano arbitrariamente i benefici offerti alla gente. Benché non abbiano il diritto di ergersi a detentori esclusivi della conoscenza e della tecnica della propria disciplina, i professionisti sono obbligati ad esserne i custodi morali”.

¹ Cfr. Prospettive Sociali e Sanitarie n. 4/2008, pp. 18-20

* Assistente Sociale specialista già Presidente dell'Ordine Nazionale degli Assistenti Sociali

La teoria propugnata da Freidson appare perfettamente funzionale a quelle professioni che hanno come oggetto del proprio intervento l'uomo, le sue relazioni, e agiscono attraverso relazioni, offrendo beni immateriali, non esattamente quantificabili né misurabili se non con criteri prettamente professionali. Se assumiamo questa logica per definire il ruolo delle professioni, dobbiamo anche, a maggior ragione, riconoscere a queste il dovere di esercitare un ruolo propulsivo, di costante attenzione ai contenuti del lavoro, della congruenza tra i fini e l'organizzazione del lavoro, di verifica dei risultati. Un ruolo che può definirsi politico, non inteso a sostituire la funzione politica riservata al personale propriamente politico, cui competono le scelte degli obiettivi e delle strategie ma piuttosto inteso a fornire a coloro che hanno responsabilità di governo, ai vari livelli, elementi di valutazione, di controllo degli interventi in corso d'opera, di verifica dei risultati. Ciò riguarda in particolar modo le professioni implicate nel sociale e destinate a compiti che realizzano progetti di tutela e promozione del cittadino. Alcune di queste sono state costituite in Ordine professionale e, pertanto, possiedono un codice deontologico cogente che le vincola a comportamenti prescritti ma anche al raggiungimento di fini e a contenuti di particolare valore etico. Altre non hanno seguito questa strada e il codice deontologico di cui le loro associazioni professionali si sono dotate non può comminare sanzioni rilevanti rispetto all'esercizio professionale, perché le associazioni presuppongono un'adesione esclusivamente volontaria, possedendo quindi rappresentatività limitata agli iscritti, e non sono dotate di rango istituzionale. Tali codici tuttavia costituiscono un chiaro riferimento per il professionista e ne definiscono obiettivi e comportamenti.

L'Etica delle professioni: una ricerca costante

Nel 2004, la Fondazione Zancan ha varato una "Carta etica delle professioni che operano al servizio delle persone". Il documento, che viene presentato in PSS da Maria Dal Pra Ponticelli (2005), "nasce dalla riflessione sul particolare contesto sociale che caratterizza la nostra epoca di transizione da una modernità o post-modernità che presenta aspetti contraddittori e spesso laceranti".

La Carta è incentrata particolarmente sul rapporto tra i professionisti che, con diverse competenze, e nella maggior parte dei casi ormai in collaborazione tra loro (equipe interdisciplinare), entrano in relazione con la persona con finalità di aiuto.

A.C. Moro, in un suo articolo del 2004, sottolinea "la necessità di una continua, approfondita, vigilante assunzione piena di responsabilità sia da parte degli operatori pubblici, sia di quelli privati. Da ciò la non usuale attenzione alla deontologia delle professioni sociali, perché sia adeguatamente sviluppata un'etica personale e un'etica collettiva della relazione condivisa" e ancora, "è certamente assai opportuno che la riflessione sui servizi, sui metodi del loro lavoro, sulla loro integrazione sia sempre più raffinata, ma una simile riflessione deve mantenersi saldamente ancorata ad una non meno approfondita riflessione culturale sulle grandi trasformazioni presenti nella nostra vita di oggi, sulle mutazioni dei comportamenti, sulle realtà valoriali presenti nella nostra comunità, sulle nuove e talvolta drammatiche difficoltà che trova l'uomo di oggi ad essere completamente uomo". Queste considerazioni aprono lo sguardo sull'organizzazione dei servizi, ma anche sulle politiche sociali in generale.

La Carta contiene in merito alcuni punti particolarmente significativi.

4.1 La maggioranza dei professionisti al servizio delle persone opera all'interno di istituzioni e organizzazioni pubbliche, private e non profit; la realizzazione delle proprie funzioni e del proprio impegno professionale è pertanto legata alle finalità, alle potenzialità e ai limiti del proprio contesto lavorativo.

4.2 Il professionista si inserisce in un contesto istituzionale e organizzativo nel quale è protagonista attivo e responsabile nel far conoscere i principi etici, deontologici e metodologici della propria professione e il diritto-dovere che essi siano rispettati.

E ancora, con maggior pertinenza alle politiche sociali, che costituiscono il tema che stiamo trattando:

4.5 La partecipazione critica e costruttiva alle finalità dell'istituzione e dell'organizzazione di appartenenza e la gestione partecipata e corresponsabile dei problemi connessi all'espletamento dei servizi rappresentano un impegno cui ogni professionista deve tendere per realizzare un miglioramento della politica e delle procedure dell'organizzazione del lavoro, impegnando la propria specifica competenza al raggiungimento dell'efficacia, dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza degli interventi.

Quest'ultimo punto apre in particolare al tema del rapporto tra le professioni, i professionisti e le politiche delle istituzioni nelle quali operano.

Il Codice deontologico dell'assistente sociale appare quindi assai più esplicito e preciso nel definire il rapporto tra i professionisti e le politiche sociali.

Al Titolo IV, dopo aver affermato che "l'assistente sociale deve contribuire a promuovere una cultura della solidarietà e della sussidiarietà, favorendo o promovendo iniziative di partecipazione volte a costruire un tessuto sociale accogliente e rispettoso dei diritti di tutti", sancisce che l'assistente sociale "deve contribuire alla promozione, allo sviluppo e al sostegno di politiche sociali integrate favorevoli alla emancipazione di comunità e gruppi marginali e di programmi finalizzati al miglioramento della loro qualità di vita" (art.36).

I successivi due articoli sottolineano particolarmente l'impegno che il professionista deve porre a favorire e ricercare rapporti con i vari protagonisti della vita sociale e attivi in campo sociale, per promuovere la collaborazione per la realizzazione di un sistema di rete integrato.

Si definisce qui un ruolo attivo e promozionale in merito a politiche i cui contenuti siano solidarietà, sussidiarietà, integrazione.

Gli assistenti sociali lavorano in un'ottica che include l'uomo, il suo ambiente, inteso sotto il profilo antropologico-culturale, ma anche politico-istituzionale, perché in quest'ambito vengono definiti e possono trovare concreto riconoscimento i diritti della persona.

La peculiare esperienza dell'assistente sociale nelle istituzioni

Dalle origini del servizio sociale professionale e fin qui, la collocazione degli assistenti sociali è stata prevalentemente nell'ambito delle istituzioni e, soprattutto all'inizio, negli anni del dopoguerra, in programmi di riforma sociale. Più di tutte le altre professioni, il servizio sociale ha quindi sviluppato una dichiarata attenzione alle politiche sociali, con obiettivi di rinnovamento delle stesse in relazione al dettato costituzionale, di riconoscimento e di risposta ai bisogni delle persone e al senso di sé che queste sviluppino in relazione ad un'accresciuta consapevolezza dei propri diritti di cittadinanza, ma anche ai doveri connessi alla partecipazione sociale.

Da ciò una peculiare metodologia operativa che, dall'individuo e dal gruppo, dalla comunità cui gli stessi appartengono, rimanda continuamente all'interazione con le politiche istituzionali e sociali nel loro complesso.

L'azione dell'assistente sociale non si esaurisce quindi nel rapporto con l'utente, ma ha costantemente presente la relazione tra la persona e il suo mondo vitale, le sue aspettative, i condizionamenti, i riconoscimenti che riceve rispetto ai suoi bisogni, anche di ordine non esclusivamente materiale, e la politica, le politiche locali e nazionali.

L'assistente sociale, nel suo lavoro di aiuto, utilizza spesso strumenti che sono stati predisposti dalle istituzioni, per quanto concerne le risorse, nell'ambito normativo.

Si può trattare di assegnazione di risorse economiche, così come di accesso all'assegnazione di alloggi, di accesso al nido, di adozioni: l'esito del suo intervento è legato alla disponibilità e all'accessibilità delle risorse, alle leggi e ai regolamenti, almeno quanto alla sua abilità professionale nel suscitare e sostenere le capacità e potenzialità del singolo e/o del gruppo, per orientarsi strategicamente rispetto alle difficoltà presenti e compiere delle scelte.

E' pertanto in una posizione strategica per verificare la congruenza e l'adeguatezza degli strumenti ai bisogni reali delle persone, alla qualità e alla quantità della risposta, istituzionale e sociale, e al senso reale che acquistano nell'impatto con la realtà nella vita delle persone.

Il professionista è tenuto a verificare la coerenza tra principi e valori della propria professione e prassi, e gli strumenti operativi (*Codice deontologico*, Titolo II, “Principi”).

Altre professioni del sociale, nate in ambito privatistico e centrate sul rapporto tra la persona e il professionista o con finalità che non implicano un intervento diretto sull'uomo, avendo finalità di studio e ricerca, possono però mutuare analoghe finalità quando si trovino ad operare nell'ambito dei servizi sociali e di equipé multidisciplinari per realizzare un comune impegno in settori di lavoro, condividano obiettivi e intendano promuoversi a protagonisti delle politiche sociali.

Si può ipotizzare un protagonismo dei professionisti nelle politiche sociali?

Prendiamo come esempio il settore dei fanciulli: si può iniziare a progettare un maggior protagonismo delle professioni sociali come promotrici di benessere? Si può assumere una responsabilità condivisa verso politiche che tutelino i bambini e i ragazzi?

Una politica di tutela e promozione dei diritti dei bambini e degli adolescenti non può ignorare la fondamentale funzione svolta dai professionisti nell'ambito dei servizi sociali, sociosanitari, educativi, nell'ambito dell'amministrazione della giustizia civile e penale per i minorenni e la famiglia; non può non chiamarli a condividere un progetto che al tempo stesso valorizzi il loro apporto specifico, il loro ruolo e la funzione delle amministrazioni di cui rappresentano la parte operativa.

La condivisione del progetto e della relativa responsabilità da parte dei professionisti può costituire uno strumento importante per dare stimolo e impulso ai processi di integrazione tra servizi e di valorizzazione del patrimonio di risorse umane e professionali, investendo i singoli e le stesse associazioni professionali di una responsabilità diretta che vada oltre l'esecuzione del compito.

Spesso infatti le amministrazioni, sia pubbliche che private, in una visione miope e burocratica, depotenziano gli apporti professionali e privilegiano l'ottica di ridurre il più possibile la discrezionalità, in modo da massimizzare la predicibilità e affidabilità dei propri servizi e prodotti. Concorrono peraltro alla perdita di senso nell'ambito delle professioni anche alcune scelte sindacali, che disarticolano gli atti professionali, li segmentano, per garantirne la remunerazione. Talvolta la quantità viene privilegiata rispetto alla qualità, che presuppone una finalità dell'intervento che abbia acquisito una dimensione etica e politica di grande spessore. D'altro canto, nel sociale non esistono interventi neutri: o si produce una crescita delle persone o si induce confusione, perdita di autonomia e di speranza, sfiducia nella possibilità di essere accolto e di ricevere risposta.

L'esecuzione del compito non esaurisce l'intervento (e la responsabilità) professionale

Ciò è particolarmente vero quando la responsabilità dell'intervento e dell'azione complessiva è in capo all'ente pubblico, perché la definizione del problema che viene data nell'occasione acquisisce una valenza particolare, in quanto vincola ad atti di tutta una serie di soggetti pubblici e privati, ma diventa anche uno strumento di lettura e definizione del cittadino rispetto alla propria situazione, può condizionarne la percezione, il modo di concepirla e di viverla.

Questo è vero soprattutto nell'ambito dei servizi sociali, dove si registra l'involvere dell'ottica burocratica, a fronte di compiti che esigono la massima duttilità nei comportamenti e nelle scelte e, soprattutto, la capacità di connettere, di mettersi in relazione, di concepire orizzonti più vasti e immergersi in modo propositivo in un disegno condiviso con altri attori, di andare alla ricerca di significati e di realizzare situazioni di valore, che si riconnettono a principi, a fini, a un'ideologia che pone al centro l'uomo, il suo universo affettivo, la sua aspirazione alla partecipazione sociale, al riconoscimento della sua identità.

Questo impegno discende dalla Costituzione del nostro Paese e dai fondamentali diritti che vi sono sanciti per realizzare giustizia sociale, equità, libertà .

È alla deontologia professionale che dobbiamo fare appello perché si superi il limite dell'esecuzione del compito e ci si coinvolga in un processo di rinnovamento, che è senz'altro di natura e significato politici. Il compito acquista significato e senso in relazione al progetto politico complessivo ed è per questo che le professioni debbono esserne partecipi e dividerne la responsabilità.

La resistenza delle organizzazioni sociali, istituzionali e non, a relazionarsi tra loro, a lavorare insieme per realizzare un comune disegno, può essere utilmente affrontata chiamando in causa anche le responsabilità professionali di chi vi opera.

Quando, per esempio, in un ospedale nasce un bambino, il personale medico e infermieristico può e deve estendere la sua attenzione alla valutazione della relazione che si sta instaurando tra la madre e il bambino, alla situazione familiare e sociale che si può intravedere, e può, se necessario, chiamare in causa il servizio sociale e lo psicologo per un approfondimento. Il servizio sociale dell'ospedale può poi collegarsi con il servizio sociale territoriale per garantire che l'evoluzione successiva venga attentamente monitorata e che eventuali segnali di disfunzioni e conflitti nei rapporti, di gravi carenze ambientali, vengano tempestivamente colti. L'infermiere del servizio vaccinazioni, in un rapporto di scambio e reciproca fiducia con il servizio sociale, sarà in grado di monitorare il disagio esplicito o percepire quello latente e di partecipare ad un progetto di prevenzione che lo proietti oltre il compito codificato e descritto. D'altra parte, il compito che il servizio vaccinazioni è chiamato a svolgere è parte di un più vasto disegno ed impegno della tutela della salute del bambino, e questo disegno complessivo deve comunque porsi sempre come sfondo su cui proiettare i singoli interventi.

Un confronto tra le professioni del sociale e una loro capacità di proposta

È per questo che la tutela dell'infanzia e dell'adolescenza deve coinvolgere le professioni, come riconoscimento del ruolo fondamentale che esercitano nel quotidiano, ma soprattutto per far loro esprimere tutte le proprie potenzialità e renderle protagoniste di cambiamenti, attraverso il sostegno politico, che va loro garantito affinché siano in grado di attingere i livelli gestionali.

Non si tratta solo di chiamare a dirigere i servizi coloro che li esprimono e caratterizzano, ma soprattutto di chiamare a esprimersi le professioni, in quanto tali sulle questioni su cui operano quotidianamente, ad avanzare proposte, ad assumere impegni. Così facendo si sottrarrebbero le professioni alla deriva lobbistica e di difesa corporativa di cui parrebbero essere preda, soprattutto nel momento in cui i sindacati sembrano in difficoltà nell'espore un chiaro disegno in cui coinvolgere le professioni, hanno orizzonte e respiro corti, mete a breve, e la politica gira intorno alla riforma degli ordini professionali, senza trovare un giusto rapporto tra la difesa delle prerogative delle professioni e quella degli interessi dei cittadini che ne utilizzano i servizi.

Una tematica come quella dell'infanzia, consacrata da decine di leggi, da convenzioni e trattati, da dichiarazioni solenni, può vedere oggi intorno ad un tavolo la rappresentanza dei professionisti (che fino ad ora udiamo soprattutto in occasioni di convegni, su temi specifici) chiamati a valutare la normativa, lo stato di applicazione della stessa, l'organizzazione dei servizi di tutela dell'infanzia, ad assumere la propria parte di responsabilità professionale per sostenere l'applicazione di un efficace strumento di tutela e promozione.

Bibliografia

Codice deontologico dell'assistente sociale

Dal Pra Ponticelli M., "Una Carta etica per le professioni sociali", Prospettive Sociali e Sanitarie, 9 2005

Fondazione Zancan, "Carta etica delle professioni che operano a servizio delle persone" Studi Zancan, 2, vol.5, 2004, pp.9-21

Freidson E., "Professionalismo. La terza logica", Dedalo, Bari, 2002

Moro A.C., "Quarant'anni di politiche sociali in Italia: l'apporto della Fondazione Zancan" Studi Zancan, 3, vol.5, 2004, pp.79-88

L'ASSISTENTE SOCIALE E LA VALUTAZIONE NELL'ATTUALE CONTESTO SOCIALE E SOCIO-SANITARIO

Adriana Cortesi Gay*

La valutazione nei servizi sociali è il risultato di un'evoluzione culturale che dal settore imprenditoriale aziendale si è estesa anche all'area dei servizi sanitari e successivamente ai servizi sociali. Il suo sviluppo è frutto dell'impegno dei vari attori delle politiche sociali e dei servizi a ridurre la marginalità per valorizzare i servizi stessi, l'impegno e la professionalità di quanti in essi operano.

Le politiche sociali coinvolgono diversi attori: i rappresentanti delle istituzioni pubbliche e private, gli operatori, la comunità nelle sue rappresentanze, gli utenti dei servizi. Ciascuno persegue i propri obiettivi, esplica le proprie funzioni e dal proprio punto di vista dà un giudizio sul lavoro svolto e sulle scelte operate. Ma operare con professionalità nel sociale implica anche possedere strumenti e metodi non solo che rendano espliciti i risultati raggiunti ma anche che consentano di perseguire un miglioramento delle azioni intraprese e, quindi, dei risultati.

Ma che cosa significa la valutazione? Il termine deriva dal participio passato latino "*valuto*" e significa "*dare valore*"; è diverso da "monitoraggio" e "verifica": *monitoraggio* è l'esame sistematico dello stato di avanzamento del lavoro e consiste in una raccolta di informazioni, *verifica* è il controllo degli esiti: se essi corrispondono agli obiettivi prefissati e ai risultati attesi.

La valutazione consiste, invece, in un processo di analisi e interpretazione delle informazioni raccolte che porta alla formulazione di ipotesi relative al problema e all'intervento, ipotesi necessarie per elaborare o rielaborare un progetto.

Si tratta di un processo continuo che si sviluppa in varie tappe e che può essere modificato. Esso deve tener conto anche di opinioni e giudizi di altri professionisti e va condiviso con l'utente.

Quindi la valutazione non rappresenta un momento ex-ante o ex-post dell'intervento di servizio sociale ma una dimensione del lavoro stesso e dei programmi di assistenza.

E', pertanto, diversa dalla *diagnosi* che è l'identificazione e la definizione di un certo problema formulata attraverso le informazioni raccolte e la loro interpretazione ed ha un valore statico.

Orientamento alla valutazione nelle politiche sociali: evoluzione storica

Il servizio sociale ha iniziato ad affrontare il tema della valutazione alla fine degli anni '60 negli Stati Uniti e successivamente in Gran Bretagna; la teorizzazione variava a seconda delle metodologie adottate. All'inizio si trattò di un approfondimento prevalentemente teorico nell'ambito della ricerca mentre negli anni '80 vi fu uno sviluppo parallelo di teoria e pratica nel servizio sociale con attenzione prevalente ai metodi quantitativi.

* Assistente Sociale esperta in Formazione e Comunicazione pubblica

Bisogna arrivare alla fine degli anni '80 perché ricerca e metodologia siano applicate al servizio sociale e agli anni '90 per trovare legittimazione del metodo nell'ambito del servizio sociale. Infatti, è negli ultimi quindici anni che si assiste ad uno sviluppo accelerato dell'orientamento alla qualità nei servizi socio-sanitari e ciò è dovuto a molteplici fattori legati ad una cultura sociale in evoluzione:

- 1) L'attenzione data alla qualità dalla legislazione sanitaria, sociale e della P.A.
- 2) Il decentramento delle funzioni agli enti locali ha favorito la vicinanza degli organi decisionali alle comunità territoriali e quindi una maggiore conoscenza dei bisogni, delle risorse, delle aspettative dei cittadini.
- 3) L'accresciuta concorrenza degli organismi che offrono servizi.
- 4) La maggior consapevolezza dei cittadini riguardo ai propri diritti e la scelta del servizio da parte degli utenti.
- 5) Lo sviluppo della comunicazione istituzionale.

Alla sensibilizzazione al sistema qualità nei servizi sociali da parte della Pubblica Amministrazione e dei privati ha concorso in modo significativo la Direttiva del Consiglio della Comunità Europea (N. 50 del 8/6/92) sugli appalti dei servizi sociali ripresa con vigore dalla L. 328/00: infatti, al concetto di appalto al massimo ribasso si è sostituita l' "offerta economicamente più vantaggiosa": ciò ha indotto i fornitori della PA a sviluppare una cultura orientata alla qualità dei servizi considerando, oltre al contenimento della spesa, anche la qualità come importante requisito per l'accreditamento.

La legislazione ha dato ampio risalto alla comunicazione pubblica attraverso la istituzione di servizi quali gli URP, il Segretariato sociale, le Carte dei servizi, la diffusione di strumenti di reclamo.

Oggi, pertanto, la PA dispone di strumenti di ascolto dei cittadini che consentono una valutazione dei bisogni e del grado di soddisfazione in rapporto a prestazioni e servizi. La cultura della qualità, infatti, tende a spostare l'attenzione dalla produttività all' efficacia dei servizi.

Nonostante il crescente interesse, la valutazione di qualità nei servizi sociali manifesta ancora una certa debolezza sia nell' elaborazione teorica che nella sua utilizzazione anche se esistono "buone prassi" consolidate negli Stati Uniti e in Gran Bretagna e alcune interessanti esperienze in Europa e in Italia, oggetto di studio.

La valutazione, infatti, rappresenta un modello metodologico entrato con ritardo nelle scienze sociali e nel servizio sociale italiano: per molto tempo i servizi sociali si sono ispirati al modello applicato nell'ambito sanitario il cui obiettivo era prevalentemente quantitativo: era teso principalmente a verificare: 1) il numero delle prestazioni effettuate dai servizi e dagli operatori fondamentalmente con l'obiettivo di valutare il rapporto costi-benefici; 2) l'efficacia degli interventi in base ai risultati ottenuti.

Del resto va dato atto ai servizi sociali delle difficoltà incontrate nel pervenire ad una valutazione anche qualitativa date le variabili molto complesse quali la componente relazionale, le specificità dei bisogni, gli atteggiamenti culturali e sociali dell'utenza e le sue attese.

Mentre le scienze sociali concordano sull'importanza della valutazione, s'incontrano ancora resistenze da parte di alcuni assistenti sociali che avvertono incompatibilità tra teoria e pratica a motivo del processo immateriale – ritenuto non misurabile del proprio lavoro.

Valutare - se significa dare valore a.. - è parte integrante del lavoro da sempre svolto dall'assistente sociale: si tratta di concentrarsi su alcuni aspetti del problema presentato e dare valore alle potenzialità del cliente, alle risorse familiari e della comunità in cui è inserito per orientare l'intervento. Questo è alla base del processo di aiuto.

Fin dall'inizio della professione, gli assistenti sociali impegnati negli enti di assistenza (ENAOLI, ENPMF...) rigidi e burocratici, ispirati ai valori della professione hanno dato un significativo contributo a porre al centro la persona con i suoi problemi e le sue attese. Ciò comportava un'attenta valutazione delle situazioni e degli interventi anche se il termine valutazione e la relativa metodologia non entravano nel bagaglio formativo dell'assistente sociale.

Più recente è la teorizzazione e la metodologia della valutazione che si è sviluppata nel corso degli anni, parallelamente ad una diminuita rigidità dell'ente pubblico che nel tempo ha modificato procedure e normative.

Un grande contributo è stato dato dalla costituzione dell'Ordine degli assistenti sociali e l'obbligatorietà ad iscriversi per l'esercizio della professione, dalla promulgazione del codice deontologico, dalla libera professione che ha introdotto modelli diversi dal lavoro dipendente, ambito in cui è cresciuta la professione: il contratto privato con il cliente implica una valutazione condivisa del problema, vengono delineate le linee e la metodologia dell'intervento e i costi che regolano il rapporto.

Valutare significa dare valore a che cosa? Non sempre siamo in presenza di dati oggettivi quantificabili, quindi ci dobbiamo avvalere di strumenti idonei per valutare difficoltà, cambiamenti e la loro entità: ciò in relazione sia al processo di aiuto, sia alla progettazione che alla collaborazione data per i Piani di Zona.

L'ente pubblico e le risorse territoriali: valutazione e affidamento dei servizi

Le politiche sociali stanno attraversando un momento critico sia per il progressivo contenimento della spesa che per l'aumento della domanda relativa ad interventi e servizi e all'attenzione posta sulla qualità erogata. Ciò induce le autorità locali ad approfondire temi quali il monitoraggio e la valutazione dei servizi erogati: è necessario, infatti, un continuo riorientamento di progetti e programmi sulla base delle richieste dei cittadini e delle mutate situazioni sociali dei territori in evoluzione. Il sistema di valutazione, infatti, offrendo ai responsabili locali gli esiti quantitativi e qualitativi delle attività svolte, è uno strumento utile per adeguare e migliorare progetti e programmi.

Valutare un progetto, un servizio o un intervento è un'attività assai complessa che richiede competenza e un approccio multidimensionale poiché non si tratta solo di misurare gli esiti ma anche, in corso d'opera, di raccogliere e confrontare le opinioni di più persone su temi scarsamente oggettivabili che danno luogo a riflessioni, giudizi, interpretazioni.

Per questo sono necessarie due condizioni: 1) il coinvolgimento degli attori interessati (dirigenti, amministratori, operatori, rappresentanze dei cittadini, destinatari) 2) la predisposizione a priori di un disegno di valutazione che deve essere condiviso con i partecipanti.

Parlare di valutazione significa affrontare il tema dell'accreditamento: nella filosofia dell'welfare vige il principio della sussidiarietà, principio presente in tutti gli atti legislativi più recenti.

I soggetti che concorrono all'affidamento di un servizio devono possedere requisiti che vengono attentamente vagliati prima di assegnare loro il ruolo di erogatori di un servizio per conto dell'ente pubblico. Questo richiede che l'ente preposto alla regia delle politiche sociali e alla programmazione si doti di strumenti adeguati e di personale preparato: evidentemente ciò richiede competenza, risorse umane ed economiche ed un'efficiente organizzazione.

L'accreditamento istituzionale consiste in una procedura di valutazione, sia amministrativa che professionale, volta a verificare la conformità dell'istituzione a leggi e regolamenti e la sua capacità nel promuovere la qualità dei servizi.

La componente qualità è importante poiché differenzia l'accreditamento dall'*autorizzazione* che è il procedimento che verifica la presenza dei requisiti previsti dalla normativa e che autorizza il funzionamento dell'istituzione o l'esercizio di un'attività. Gli enti autorizzati vengono iscritti in un apposito registro regionale.

L'accreditamento istituzionale è requisito essenziale per l'*esternalizzazione* dei servizi sociali e sanitari che consiste nell'affidare al privato o al privato-sociale la realizzazione dei servizi. La gestione spetta all'Ente pubblico – il Comune o la ASL – che è titolare del servizio attivato ed il privato partecipa alla progettazione e realizza il servizio: la co-progettazione è un elemento molto importante poiché gli organismi che concorrono all'affidamento del servizio - trattandosi di un'attività che fornisce “un prodotto” limitatamente verificabile - sono indotti a disporre di strumenti qualitativi per favorire una particolare attenzione nelle scelte da parte della P.A.

Nella situazione attuale di ampia concorrenza, dati i meccanismi che regolano domanda e offerta, è fondamentale per l'impresa di servizi avere e mantenere nel tempo un rapporto di fiducia con i clienti. Per questo si dotano di strumenti di valutazione tesi a raccogliere il grado di soddisfazione degli utenti e i loro reclami.

Affidare i servizi ad organismi privati o non-profit comporta, infatti, la responsabilità dell'ente pubblico di verificare la qualità dei servizi erogati: non basta aver accertato a priori la presenza di alcuni requisiti ma è necessario che l'ente si doti di strumenti di monitoraggio e valutazione per verificare nel tempo la qualità e le caratteristiche dei servizi affidati: è importante valutare come viene erogato il servizio, come è percepito, cioè la sua qualità, se è necessario apportare delle modifiche per raggiungere gli obiettivi prefissati: tutto questo richiede periodiche e sistematiche valutazioni.

Nella maggior parte delle esternalizzazioni si affronta l'aspetto qualitativo nella fase di selezione delle offerte facendo affidamento sul fatto che la valutazione effettuata a priori dia sufficienti garanzie: questo, però, può non essere un presupposto scontato.

L'accreditamento, invece, dovrebbe essere uno strumento volto a migliorare di continuo prestazioni e servizi e rappresentare un valore aggiunto per le varie componenti di una struttura:

- per gli operatori che hanno l'opportunità di migliorare il proprio lavoro e la professionalità;
- per i fruitori dei servizi che si avvalgono di prestazioni migliori e di un livello qualitativo tendenzialmente più omogeneo nel territorio;
- per i gestori dei servizi che, con un orientamento alla qualità del personale, vedono crescere l'efficacia dei servizi e quindi il rapporto costi/benefici.

L'assistente sociale e la valutazione: valori di riferimento e codice deontologico

Oltre ad avere chiaro il concetto di valutazione è necessario che l'assistente sociale possieda adeguate conoscenze metodologiche al riguardo.

Impegnarsi nella valutazione di qualità significa predisporre un *disegno di valutazione*, che richiede di avere chiara la mission dell'intervento o del progetto, cioè il valore che gli attribuiamo e che orienta la nostra attività; successivamente la valutazione consiste nell'elaborare o rielaborare le tappe di un processo che, a seconda dell'oggetto, accomuna più persone (utenti, operatori, dirigenti) con le quali sarà possibile dialogare portando elementi oggettivi e utili, aspetti relazionali, interpretazioni per migliorare la qualità degli interventi.

Definire un disegno di valutazione comporta: mettere a fuoco i problemi, individuare gli obiettivi che ci proponiamo di raggiungere, decidere quali attori coinvolgere, specificare gli indicatori di riferimento quantitativi e qualitativi, dettagliare la strumentazione da usare e le modalità di verifica degli esiti dell'intervento.

L'assistente sociale deve dotarsi di rigorosi strumenti di valutazione che consentiranno di pervenire ad una maggiore oggettività. Infatti, se prevale la valutazione quantitativa, pur prevista e necessaria, il lavoro può tradursi in una rendicontazione percepita come aggravio di lavoro burocratico di scarsa utilità.

L'impegno preliminare è importante anche per evitare di veder giudicato da altri il proprio agire in base a strumenti alla cui elaborazione non si è partecipato.

La valutazione di un caso, di un progetto o di un servizio è un processo che accompagna tutto l'iter del lavoro per migliorare gli interventi e ridimensionare, se è il caso, gli obiettivi. Significa approfondimento delle situazioni, delle circostanze, dare sistematici giudizi sull'operato o sul progetto stesso: gli obiettivi che ci siamo proposti sono realisticamente perseguibili? l'intervento è il più efficace possibile? come posso migliorarlo? gli utenti sono consapevoli del cammino che è necessario fare per perseguire gli obiettivi prefissati, trovano rispondenza alle loro attese?

Queste riflessioni consentono all'assistente sociale di interrogarsi sul livello di qualità del proprio lavoro e sulla sua professionalità.

E' quindi, importante procedere ad individuare le persone da coinvolgere nella valutazione. Se il caso è trattato da un'equipe di operatori (spesso appartenenti a istituzioni diverse) i risultati degli interventi saranno il prodotto di un lavoro multidisciplinare e ciò vale anche nella progettazione: quindi la valutazione dei casi o dei progetti deve coinvolgere tutte le persone a qualche titolo interessate.

Il gruppo di valutazione o autovalutazione rappresenta un incontro "tra pari"; tutti i partecipanti si prefiggono di migliorare il proprio lavoro quindi l'obiettivo è unico e condiviso, il loro ruolo nel gruppo è attivo.

Come abbiamo detto anche l'utente o le rappresentanze dei cittadini saranno invitati a partecipare: l'introduzione della valutazione qualitativa che coinvolge i destinatari dei servizi rappresenta una grande rivoluzione nei sistemi sociale e socio-sanitario; l'utente non deve più essere oggetto passivo d'interventi ma parte attiva che concorre con la propria esperienza, la propria cultura e i propri valori al miglioramento di prestazioni e servizi: egli, infatti, avrà l'opportunità di esprimere il suo giudizio sul servizio e sull'aiuto ricevuto; parteciperà volontariamente e con ruolo attivo agli incontri di valutazione.

E' importante un ascolto attento di ciò che la persona esprime (la sua cultura e il suo linguaggio possono essere diversi), al contrario potremmo essere indotti a formulare un giudizio poco oggettivo o deformato da pregiudizi. Al riguardo è di grande rilievo la componente comunicativa.

Nei servizi sociali e sanitari l'assistente sociale si trova di fronte ad una triangolazione: l'istituzione, la professione, l'utenza con i suoi problemi e le sue caratteristiche; ciò significa che deve tener conto della mission del servizio cioè del mandato istituzionale conferitogli: egli rappresenta l'istituzione da cui dipende, la sua organizzazione e il servizio in cui opera; nel contempo non può prescindere dal mandato professionale che gli riconosce quella autonomia tecnico professionale – ben espressa dal codice deontologico - che si ispira ai valori della persona, all'uguaglianza, al diritto all'autodeterminazione e al potenziamento della sua autonomia.

L'assistente sociale, nell'esercizio delle sue funzioni deve tenere un comportamento basato sull'assunzione di responsabilità disponendo dell'autonomia necessaria per mettere al servizio del cliente la propria competenza: è necessario mantenere il proprio ruolo tenendo però presente che abbiamo anche un mandato istituzionale: ciò significa che nel rappresentare l'ente non dobbiamo interferire in logiche amministrative o gestionali ma mantenere principi, valori e metodi, propri della nostra professione.

Ci si può trovare anche nella situazione di dover prendere decisioni non rinviabili che contrastano con le direttive dell'ente: il fine primario è il benessere del cittadino da raggiungere attraverso processi regolati dalla deontologia professionale.

Al riguardo l'articolo 10 del Codice deontologico recita: “ l'esercizio della professione si basa su fondamenti etici e scientifici, sull'autonomia tecnico-professionale, sull'indipendenza di giudizio, sulle conoscenze proprie della professione e sulla coscienza personale dell'assistente sociale. L'assistente sociale ha il dovere di difendere la propria autonomia da pressioni e condizionamenti”.

Il concetto è integrato dall'articolo 50 “nel caso in cui non esista un ordine funzionale gerarchico della professione l'assistente sociale risponde ai responsabili dell'organizzazione di lavoro per gli aspetti amministrativi, salvaguardando la sua autonomia tecnica di giudizio”.

E', comunque, sempre necessario – quando le situazioni lo consentono – valutare se esistono modalità di intervento che da un lato assicurino il miglior aiuto all'utenza e dall'altro evitino spiacevoli collisioni con le istituzioni.

Di questa complessità si deve tener conto nell'autovalutazione.

La valutazione partecipata

Mentre l'autovalutazione condivisa ha già svolto un certo cammino, siamo ancora agli inizi per quanto riguarda il coinvolgimento di più attori del territorio nei processi valutativi relativi alle fasi di progettazione e di elaborazione dei Piani di Zona.

Il tema della partecipazione investe direttamente ruolo e professionalità dell'assistente sociale che considera il cittadino nelle sue relazioni sociali e promuove azioni che favoriscano la sua appartenenza alla comunità.

E' importante procedere anche a piccoli passi ma con stimoli che orientino le politiche sociali ad una sempre maggior attenzione alla persona: si tratta non solo di rispondere alle sue necessità vitali ma restituire o creare quel senso di appartenenza che solo può contribuire alla sicurezza personale, attivare potenzialità nascoste, far crescere la comunità.

Già negli anni '50 gli assistenti sociali impegnati nei progetti di comunità (UNRRA CASAS, INA CASA...) coinvolgevano le popolazioni locali stimolandole ad una presa di coscienza per attivarsi e contribuire a potenziare o costruire reti comunitarie.

Il processo di valutazione interessa i vari livelli delle istituzioni coinvolte nell'erogazione o nella progettazione di servizi: i vari attori possono trarre orientamenti specifici per valutare e riorientare i propri interventi o le politiche sociali.

I principi ai quali la valutazione si ispira, sia essa riferita a casi, progetti, politiche sociali, sono gli stessi:

- il processo di valutazione interessa tutte le persone coinvolte nell'erogazione di una prestazione o di un servizio: quindi la progettazione deve coinvolgere anche le rappresentanze della società civile interessate ;
- la partecipazione al gruppo di valutazione richiede la libera adesione e la disponibilità degli interessati all'autovalutazione che prevede di sottoporre e condividere con altri il proprio operato nel desiderio di adeguare gli interventi per migliorare la situazione;
- la valutazione condivisa accresce la conoscenza reciproca e restituisce il significato del proprio operare a quanti sono coinvolti nel lavoro;
- l'impegno nel processo valutativo è volto ad avvicinarsi all'oggettività della situazione.

Condividere la progettazione con professionisti delle varie istituzioni, con rappresentanti del terzo settore, con organismi per la tutela dei cittadini, comitati locali, consulte....significa per la P.A. avvicinarsi al territorio, alle sue problematiche e alle richieste che vengono dalla popolazione.

Ci sono sperimentazioni in tal senso maturate in alcune località italiane: sono le cosiddette "buone pratiche" ove la partnership costituisce la premessa di un metodo valutativo per operare democraticamente scelte che garantiscono un miglior livello di qualità ed efficacia nel territorio: la collaborazione di più attori provenienti da ambiti diversi offre all'iniziativa un importante contributo culturale e professionale e produce effetti efficaci per la comunità.

Si tratta di una modalità di lavoro che dovrebbe avere continuità nel tempo con cadenze prefissate per favorire e alimentare il confronto fra le varie componenti.

Il ruolo dell'informazione nella valutazione

Nella valutazione un importante ruolo è giocato dalle informazioni di ritorno e dall'uso della modulistica relativa a segnalazioni, reclami, al grado di soddisfazione che i cittadini possono utilizzare: si tratta di questionari anonimi già predisposti e diversificati a seconda dei servizi; sono strumenti che ci forniscono il parere degli utenti sulla fruibilità e sul rapporto con il servizio, sulla rispondenza alle attese in rapporto al bisogno.

Lo sviluppo dei servizi e delle professioni sociali e socio-sanitarie ha accresciuto le aspettative dei cittadini e per questo è importante misurare la qualità percepita relativamente a servizi e prestazioni. L'utenza è più attenta ai tempi di attesa, al rapporto interpersonale, alla comunicazione pubblica, all'accessibilità dei servizi.

Va comunque tenuto presente che non tutti i cittadini sono in grado di valutare i servizi; oggettivamente la diversificazione del sistema e la complessità delle procedure complicano la vita alle persone non solo alle fasce sociali deboli ma anche al cittadino medio: entrambi si trovano

disorientati nella fruizione dei servizi e spesso non conoscono i propri diritti. Affinché diventino parte attiva nel collaborare al loro miglioramento è necessario che siano messi nella condizione di essere informati e qui si apre il tema della promozione di adeguati canali informativi come previsto dalla L. 328/00.

Per questo è importante che i servizi di segretariato sociale siano adeguatamente attrezzati sul piano tecnico della rilevazione e documentazione delle risorse e dei bisogni, siano provvisti di personale molto preparato per gestire il diffuso bisogno di conoscenza e orientamento e siano capillarmente dislocati.

Il segretariato, infatti, con il suo ruolo di informazione e di osservatorio, rappresenta un canale prezioso per la P.A poiché è in grado di trasmettere i dati elaborati sulla situazione delle risorse e dei bisogni presenti nel territorio, sui reclami o sull'apprezzamento dei servizi forniti dagli utenti attraverso un feedback che costituisce componente del segretariato stesso.

Purtroppo il ruolo degli assistenti sociali che operano nel segretariato spesso è sottovalutato anche da molti colleghi che in alcune esperienze vedono il servizio più come strumento organizzativo per decongestionare il servizio sociale che come un'attività che ha finalità e caratteristiche proprie diverse dal servizio sociale e che richiede specializzazione e grande competenza.

Il segretariato sociale con maggior frequenza rispetto al servizio sociale aiuta a spostare l'attenzione dalle prestazioni fornite al coinvolgimento della comunità quale parte attiva nel processo di valutazione.

A differenza di altri servizi ha una casistica molto ampia ed eterogenea, svolge per sua natura un vasto lavoro di rete e quindi è in contatto non solo con gli utenti e con le istituzioni pubbliche ma con associazioni, rappresentanze di cittadini, organismi non profit, in pratica con il territorio: ha quindi ampie opportunità di coinvolgere i rappresentanti della comunità locale in un processo di valutazione che ha per oggetto bisogni, risorse, politiche sociali. Se la valutazione è partecipata il ruolo del servizio non si limita ad assicurare ai cittadini il godimento dei loro diritti ma responsabilizza l'intera comunità ad una solidarietà diffusa. In questo modo il processo valutativo stimola un'azione collettiva di tutela dei diritti dei cittadini.

La valutazione come processo di apprendimento

Abbiamo detto che la valutazione è elemento di formazione professionale; il processo di formazione sul lavoro in corso può realizzarsi attraverso modalità diverse:

a) il personale interessato stabilisce momenti di incontro a questo scopo (modalità a cui abbiamo fatto cenno);

b) *l'accreditamento professionale*: è un processo di autovalutazione volto ad esaminare con altri membri di un gruppo il proprio intervento al fine di un miglioramento della qualità della prestazione; si tratta di un apprendimento continuo sostenuto da una specifica formazione che si traduce in un'accresciuta professionalità. L'accreditamento professionale prevede la libera adesione all'iniziativa da parte degli operatori (che possono essere solo interni all'istituzione od interni ed esterni), il desiderio di migliorare i propri interventi, un atteggiamento critico sul percorso seguito e i risultati ottenuti. In genere, tale processo è guidato da un esperto di valutazione.

Mentre l'accreditamento istituzionale appare comunque ancora burocratico e rigido, pur con una nuova attenzione alla qualità dei servizi, l'accreditamento professionale è più attento alle esigenze degli operatori e al miglioramento della qualità.

c) *la supervisione*: un contributo importante per l'autovalutazione è offerto dalla supervisione che presuppone la disponibilità dell'ente a riconoscere luogo, tempi d'incontro e la figura del supervisore che assicuri un percorso sistematico: a seconda delle circostanze i componenti del gruppo saranno assistenti sociali del medesimo servizio oppure formeranno un gruppo misto con altri professionisti (psicologi, educatori...) .

Si tratta di un momento di riflessione, orientamento, progettualità che con l'apporto dei colleghi e la guida del supervisore aiuta a valutare come si sta lavorando, i punti di forza della situazione, a prefigurare l'intervento futuro. E' un processo utile sia a chi è direttamente coinvolto sia a tutti i partecipanti in quanto momento di confronto guidato che arricchisce conoscenze e competenze professionali.

Queste opportunità - siano esse supervisione o periodici incontri tra colleghi - stimolano la riflessione e la consapevolezza ed accrescono la qualità degli interventi. Quindi l'apprendimento va incrementato anche in situazioni di carico eccessivo di lavoro: è preferibile contenere il numero delle prestazioni: ma assicurare la miglior qualità possibile dell'intervento.

In alcuni contesti il lavoro dell'assistente sociale è particolarmente stressante sia per l'oggettività delle situazioni che per il coinvolgimento emotivo: parlarne in gruppo o durante la supervisione aiuta a rimotivarsi, a vedere il problema con un certo distacco e quindi ad essere in grado di valutare meglio il percorso da intraprendere.

Inoltre gli incontri accrescono la reciproca conoscenza e l'uso di un linguaggio comune: questo favorirà una più chiara assunzione di ruoli.

La metodologia della valutazione non rappresenta solo momenti di confronto o di formazione ma è una modalità di lavoro che nel tempo, con la pratica costante, viene "incorporata" e, come altre metodologie, entra nel bagaglio professionale dell'assistente sociale: diventa una modalità automatica del lavoro, rappresenta un valore aggiunto per la qualità dell'intervento.

IL PROCESSO DI VALUTAZIONE:
TEORIA, METODI E STRUMENTI

WELFARE LOCALE E VALUTAZIONE: IL RUOLO DELLE AMMINISTRAZIONI PROVINCIALI

_Marco Accorinti*

La governance nelle politiche sociali e i processi di valutazione

È noto che il provvedimento più importante relativo al settore dell'assistenza e dei servizi sociali in Italia, sia la Legge quadro per la realizzazione del Sistema integrato di interventi e servizi sociali (Legge n. 328/2000). Essa viene considerata “la riforma dell'assistenza”² in quanto mira a definire una nuova cornice istituzionale e finanziaria al settore, identifica un insieme di prestazioni “essenziali” anche riordinando quelli esistenti, promuove nuove politiche e – elemento di maggiore interesse nel presente contributo – mette a punto un sistema di programmazione e monitoraggio. (Ferrera, 2006)

Ci sono due articoli della suddetta Legge che aiutano a definire il processo di valutazione: l'articolo 20 e l'articolo 21. Il primo, al comma 5, afferma che il Governo, nell'ambito delle modalità e procedure per la ripartizione delle risorse finanziarie confluite nel Fondo Nazionale delle Politiche Sociali, dovrà prevedere forme di “monitoraggio, verifica e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati degli interventi, nonché modalità per la revoca dei finanziamenti in caso di mancato impegno da parte degli enti destinatari entro periodi determinati”. Tale funzione centrale è, tuttavia speculare ad un'altra condotta a livello locale da parte dei Comuni (e delle Province), prevista nei numerosi commi dell'articolo 6 (e 7 per le Province) che indicano tra i compiti degli Enti locali, quello di “adottare strumenti per la semplificazione amministrativa e per il controllo di gestione atti a valutare l'efficienza, l'efficacia ed i risultati delle prestazioni, in base alla programmazione”. Si tenga presente che, come sottolineato - tra gli altri - da De Ambrogio e Lo Schiavo (2000), è nel piano di zona che, oltre a individuare i bisogni prioritari delle persone, le strategie di prevenzione, le risorse a disposizione, i soggetti (istituzionali e non) coinvolti e i risultati attesi, si richiede di indicare gli standard operativi e di efficacia, le responsabilità di governo e di gestione, le forme di controllo, le modalità di verifica ed i criteri di valutazione degli interventi.

L'articolo 21 invece, definisce il sistema informativo direzionale, ovvero strategico, come strumento per la programmazione, gestione e valutazione delle politiche e degli interventi sociali per una “una compiuta conoscenza dei bisogni sociali, del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali e poter disporre tempestivamente di dati ed informazioni necessari alla programmazione, alla gestione e alla valutazione delle politiche sociali, per la promozione e l'attivazione di progetti europei, per il coordinamento con le strutture sanitarie, formative, con le politiche del lavoro e dell'occupazione.” In particolare Mauri (2007) rileva che così concepito il sistema informativo sembra voler perseguire lo scopo di restituire informazioni ai soggetti pubblici e privati non coinvolti nella attività di progettazione. Se così fosse si tratterebbe di fornire informazioni e notizie al cittadino (ad esempio) oppure di una realtà di *reporting* direzionale quale supporto alle decisioni di chi è chiamato a progettare servizi sociali.

Nel presente lavoro si intende mostrare, partendo anche dall'esperienza concreta di sistemi valutativi territoriali, quanto possa essere strumento di gestione, o - meglio - operativo-gestionale, il supporto alle attività operative delle unità di base del welfare (ovvero i servizi e le strutture sociali) che si ha con un processo di valutazione. La condivisibile critica di Mauri (2007) al sistema informativo, si basa sulle molteplici finalità che l'informazione dovrebbe assumere a fronte di un consolidato storico normativo del nostro Paese che non ha inciso sulla omogeneità delle politiche socio-assistenziali e degli approcci dei *policy maker* nazionali e locali. Sarebbe più credibile “adattarsi a multiformi situazioni reali, in cui i

* Ricercatore Sociale IRPPS - CNR

² Ferrera, 2006, pag. 281.

processi decisionali nel campo del welfare sono composti da un *mix* di strategie incrementali in cui le rispettive insufficienze si compensano [...] Una visione realistica delle caratteristiche storico-culturali e operative delle amministrazioni territoriali esclude la possibilità di un completo razionalismo del sistema di azione sociale.”³ Il sistema informativo, secondo l’Autore, potrebbe tuttavia svolgere un ruolo di supporto scientifico-razionale per alcune funzioni, in particolare per: “la definizione strategica di obiettivi e priorità nel quadro degli scopi (finalità) predefiniti; l’allocazione e la gestione delle varie risorse (finanziarie, professionali, ecc.); tutte le decisioni di intervento che devono essere prese a livelli per i quali non vi sono elementi di conoscenza diretta del territorio (ovvero tipicamente a livello nazionale e regionale, ma anche locale rispetto a nuovi interventi, nuovi attori, nuovi fenomeni).”⁴

In questa linea, la valutazione deve essere intesa come sostiene Bezzi (2003, pag. 60) quale “attività di ricerca sociale applicata, realizzata, nell’ambito di un processo decisionale, in maniera integrata con le fasi di programmazione, progettazione e intervento, avente come scopo la riduzione della complessità decisionale attraverso l’analisi degli effetti diretti ed indiretti, attesi e non attesi, voluti o non voluti, dell’azione, compresi quelli non riconducibili ad aspetti materiali”.

Si ritiene tuttavia, che, accanto alle finalità ora descritte, si possa individuare un ruolo preciso anche al processo di valutazione nei processi attuali di gestione delle politiche e dei servizi sociali, ovvero nella *governance* del sistema, all’interno dei modelli di tipo sistemico (dice la Legge) e agli assetti organizzativi istituzionali. Non sarebbe quindi solo un ruolo nella programmazione degli interventi e dei servizi sociali e nella ricerca di efficacia e di efficienza dei fondi spesi, bensì anche nella gestione degli stessi servizi sociali e nel controllo dei processi di intervento. Considerando, infatti, la *multilevel governance*, ovvero la disamina degli aspetti operativi della funzione di centralizzazione del governo dello Stato e del decentramento amministrativo locale dell’intervento sociale, anche per la valutazione non si può non considerare tutti gli attori del contesto sociale all’interno del quale vengano adottate politiche sociali. L’attenzione (richiamata da Donolo, 2003) deve essere quindi sul processo e sugli effetti che si determinano per raggiungere gli obiettivi normativi, i fini istituzionali, e la soddisfazione di tutti gli attori (compresi i destinatari) presenti nel sistema (Donolo parla anche di “regime”) di welfare locale.

Da una parte, infatti nella Pubblica Amministrazione la nozione di governo multi-livello implica che le autorità sub-regionali, regionali, nazionali e internazionali interagiscano tra di loro attraverso livelli diversi di gestione (per cui si parla di “dimensione verticale” del sistema di governo) e con altri attori attinenti allo stesso livello (definita “dimensione orizzontale” della *governance*) (Paraskevopoulos, 2001) che coinvolge di fatto, piani di azione molto diversi (uno politico-decisionale, uno tecnico-professionale e uno esecutivo). Da altro punto di vista, il concetto di *governance* comporta (o è conseguenza de) il cambiamento nella gestione del potere tra livelli amministrativi (collegato appunto al decentramento delle competenze) e solleva il problema del coordinamento della pluralità di attori e enti coinvolti nelle azioni pubbliche (Bifulco, 2005). Il presente contributo mira a mostrare come il processo di valutazione possa essere una delle risorse disponibili nel sistema di *governance* locale, rispetto alla rete dei soggetti coinvolti e ai metodi di intervento promossi dagli attori pubblici (ovvero circa le politiche e le strategie degli attori autointeressati).

Nel paragrafo che segue, si mostreranno gli ambiti di progettazione di processi valutativi che sottendono percorsi operativo-gestionali del settore socio-assistenziale. La conclusione sottolineerà la necessità di politiche sociali di tipo innovativo, che puntino a delegare il potere a livello locale verso forme di interazione e di rapporto pubblico/privato.

³ Mauri, 2007, pag. 21.

⁴ Mauri, 2007, pag. 21.

La gestione del processo di valutazione: integrazione e ruolo degli attori

Come già individuato nel paragrafo precedente attraverso la definizione che ne fa Bezzi (2003), la valutazione, con altre parole, è un processo complesso in cui è ovvia una attività di integrazione tra azioni e complessità, che richiede una ripartizione di compiti a livelli diversi, in piena e completa cognizione dell'intero processo e delle competenze richieste al singolo livello. Solo articolando i livelli è possibile che, come sostiene Gregori (2007, pag. 116) “ognuno possa calibrare le aspettative rispetto all'altro, formulare richieste adeguate, individuare i collaboratori più adatti” per svolgere l'intero processo valutativo. Per tali motivi, ai fini dell'implementazione della valutazione, risulta strategico collocare le corrette competenze dell'Amministrazione, integrandole con apporti consulenziali esterni, e definire un articolato delle fasi in cui elaborare l'intero processo di valutazione.

Le logiche relative alla valutazione la rendono un ambito di studio dei meccanismi di implementazione della *governance* locale nel senso indicato dalle questioni seguenti: come connetterlo alla funzione programmatica? quali risorse umane attivare e con quali competenze? quale funzione operativa deve avere? quali forme di integrazione deve perseguire? quali attori deve integrare? quali modalità di implementazione deve porre in atto? come si deve collegare con il sistema informativo? ...

Un'altra serie di domande riguardano invece gli attori. E in particolare, rispetto alla valutazione delle politiche e degli interventi sociali, nella pratica si nota che possono essere vari i comportamenti degli enti provinciali. In alcuni casi hanno funzione di coordinamento e di supporto agli ambiti territoriali distrettuali della pianificazione sociale, con due possibili variazioni: partecipando o direttamente (con propri operatori esperti di valutazione) o indirettamente con modalità di assistenza tecnica (sostenendo la formazione degli operatori degli uffici, ad esempio, fornendo linee guida e repertori di *best practices*). In altri contesti hanno assunto il ruolo di regia per le aree più piccole, fungendo da organismo mediano tra il distretto (piccolo comune o consorzio di comuni) e l'Ente regionale (ad esempio nella Provincia di Roma). In altri ancora hanno attivato Osservatori provinciali sulle politiche sociali che realizzano analisi su fenomeni sociali locali e – talora – indagini utili alla progettazione dell'offerta formativa. Ma, rispetto al ruolo dell'ente provinciale, quale può essere l'impegno nell'ambito del processo di valutazione?

A questa domanda, la risposta dovrà tenere conto di una serie di aspetti relativi alla gestione locale del welfare. E, in particolare, deve considerare se gli ambiti territoriali di applicazione della Legge 328/2000, coincidano con il territorio di un Comune o di una Azienda sanitaria. È chiaro che a volte si tratta di comuni di piccole dimensioni per i quali non risponderebbe a requisiti di economicità definire un ambito specifico per il singolo comune. Nella progettualità regionale del Lazio si sono definiti ambiti che sottendono consorzi di comuni e questo ha comportato processi di integrazione non sempre automatici. Un ulteriore elemento di problematicità risiede nel fatto che gli ambiti sono proprio loro i produttori di dati, nel senso che lo rilevano in quanto organismi di livello più prossimo alla fonte del dato. La produzione di elementi informativi per l'attività valutativa richiama problematiche relative al fabbisogno in termini di strumentazione e di conoscenza del sistema informativo, e di fatica nel modificare esperienze già consolidate di rilevazione, ma anche di necessità informative differenti rispetto al ruolo provinciale o regionale, o di conoscenza di ritorno, relativa al dato. Non ultimo, si dovrà considerare lo status dei rapporti tra centro e periferia, ovvero le relazioni tra la struttura provinciale e quella locale, dei distretti, delle ASL e dei singoli comuni componenti i distretti.

Passando ad un piano operativo e al sistema organizzativo, il processo di valutazione può essere considerato come un insieme di attività la cui funzione è quella di orientare il sistema degli interventi e servizi locali verso il raggiungimento degli obiettivi fissati dal Piano di zona, ma anche la valorizzazione delle risorse e l'introduzione di una nuova cultura del cambiamento. Esso permette ai *policy maker* e agli operatori del sociale di:

- a) attivare un miglior dialogo con i servizi sugli obiettivi da raggiungere e sui risultati conseguiti;
- b) migliorare la trasparenza nei rapporti con gli enti gestori dei servizi;

- c) incrementare la responsabilizzazione dei servizi all'interno del sistema locale di welfare;
- d) migliorare l'efficienza delle differenti aree di responsabilità soggette a valutazione.

Lo stesso processo di valutazione inoltre permette ai servizi valutati di:

migliorare la conoscenza dei propri compiti e della propria responsabilità all'interno del sistema locale di welfare;
aumentare la partecipazione nella definizione degli obiettivi del Piano sociale di zona;
promuovere la propria immagine; incrementare l'autonomia nello svolgimento dei propri compiti;
migliorare la conoscenza sui parametri e sui risultati della valutazione del proprio intervento.

Sulla base di quanto riportato da Bezzi (*op.cit.*), il disegno della ricerca valutativa può essere descritto in un percorso (e, in questo lavoro, si utilizza l'espressione "processo di valutazione") costituito da un insieme di fasi (o "tappe del processo di valutazione"). Di seguito, se ne descrivono le caratteristiche principali.

FASE 1 - La definizione del mandato valutativo, con le conseguenze deontologiche e pratiche per stabilire le condizioni di valutabilità e il prosieguo del processo, e la definizione delle "domande valutative" con l'analisi degli obiettivi del programma, progetto, piano, servizio o intervento valutato, al fine di poter determinare un percorso di ricerca coerente con le finalità decisionali che definiscono il mandato ricevuto.

Si tratta di identificare l'utilità del processo per i soggetti interessati (in altre parole, rispondere alle domande: "Perché si valuta? Cosa si valuta? Per chi si valuta?"), esplicitando l'approccio di valutazione utilizzato, le condizioni e le implicazioni di un sistema di valutazione (ad esempio i costi diretti e i costi sommersi, l'impatto sui processi decisionali, la disponibilità a ridefinire parzialmente l'intervento progettato...), inoltre, costituire il gruppo di valutazione (ruoli e soggetti interessati) e gli accordi relativi al suo funzionamento.

FASE 2 - La riflessione sulle risorse umane, finanziarie, ma anche simboliche (attribuzione di autorità al valutatore, disponibilità del committente, ...), che costituiscono i vincoli della possibile concreta ricerca valutativa.

Si tratta anche di individuare i diversi attori coinvolti direttamente e indirettamente nel processo (in altre parti di questo testo, definiti *stakeholder*) e loro funzioni rispetto al progetto (ente titolare, gestore, esecutore, partner, beneficiari diretti e indiretti...), come anche di studiare il contesto in cui si va ad inserire la valutazione in termini di attori e partner coinvolti, tipi di scambi preesistenti, livelli di condivisione, ruoli istituzionali, rete di relazioni, grado di conflittualità o presenza di interessi contrastanti, immagine dell'organizzazione... In questa riflessione sembra bene identificare quale interesse possono trarre i diversi attori dal processo valutativo, quanto impegno e quante risorse in termini sia finanziarie che di tempo e capacità sono in grado di investire in modo realistico; sugli interessi, stimolare la motivazione e la partecipazione.

FASE 3 - La fase iniziale della ricerca vera e propria, che Bezzi vede necessariamente vincolata alla "esplorazione del campo semantico" dell'oggetto di valutazione, ovvero alla riflessione preliminare sui significati che gli attori coinvolti attribuiscono a quanto si sta valutando; questa è una fase cruciale, da realizzare con tecniche specifiche (di ricerca sociale applicata) possibilmente in forma partecipata con i diversi *stakeholder*.

L'esito di questo processo conduce alla riflessione sugli indicatori, che per le politiche e i servizi sociali sono degli strumenti che valutano in maniera indiretta il livello di un fenomeno sociale complesso, che non può essere misurato statisticamente in modo diretto. Si tenga presente che, come sostiene Stame

(2001, pag. 54) “gli indicatori sono tipi di informazioni che possono servire nel corso del monitoraggio e della valutazione dei programmi. Il loro uso pertanto si colloca all’interno di alcuni approcci e non di altri, nell’ambito dell’una o dell’altra funzione, e non è affatto quel metodo universale e sinonimo di valutazione tecnicamente ineccepibile che credono molti che si avvicinano per la prima volta a questi temi.”

FASE 4 - La ‘valorizzazione’ degli indicatori, ovvero la loro connotazione esplicita rispetto a dimensioni valoriali stabilite in relazione al mandato e agli orientamenti degli *stakeholder* (in particolare dei decisori). Anche in questa fase, si utilizzano le parole di Stame (*cit.*, pag. 64): “usare gli indicatori solo quando è possibile quantificare e ha senso confrontare i dati raccolti; altrimenti usare altri tipi di dati, e approcci basati sul confronto significativo tra situazioni diverse: la cosa fondamentale è che esistono più tipi di approcci alla valutazione, e non solo quello positivista-quantitativo-sperimentale che si fonda sull’uso di indicatori; in ogni situazione, per alcuni aspetti può essere utile usare alcuni tipi di indicatori, per altri no: esistono molte tipologie di indicatori, e occorre apprendere l’uso.”

FASE 5 - La concreta applicazione degli strumenti valutativi, conseguenti alle precedenti due fasi, per la raccolta e analisi di dati e la costruzione del giudizio valutativo.

Si tratta – con altre parole – di identificare le criticità del sistema di valutazione (ad esempio: livello di condivisione dell’impianto e degli obiettivi della valutazione tra diversi attori centrali e periferici che comunque contribuiscono a sviluppare valutazione) ed accertarsi che le informazioni ritenute più significative ai fini della valutazione del progetto / servizio / piano siano raccolte in modo adeguato; può essere altresì importante identificare *a priori* (per quanto sia possibile) le criticità del progetto e dedicarvi particolare attenzione nel processo di valutazione in itinere, ed elaborare gli strumenti di valutazione adatti a ciascuna fase ed individuare i relativi indicatori di esito e di processo (efficacia, adeguatezza, congruenza, sforzo, impatto, soddisfazione, condivisione....).

FASE 6 - Infine l’uscita dalla valutazione, con indicazioni sulla diffusione dei risultati, la redazione del rapporto e le procedure relative al cambiamento desiderato.

L’articolazione del processo di valutazione, nella ricostruzione individuata da Bezzi, sopra descritta, fa emergere quanto il sistema dei servizi sociali sia un sistema aperto, caratterizzato da una pluralità di attori e di *stakeholder* e dalla necessità di tener conto di tutte le logiche di azione e di contesto dei servizi sociali all’interno del quale si situa. Questi elementi richiamano la necessità di abbandonare le logiche, i processi e gli strumenti che si sono costruiti in una prospettiva di welfare state e sperimentare nuove modalità di *governance* che rivedano concetti come programmazione, qualità e anche valutazione. In questa linea, Bertin (2007) ricorda al valutatore di porre attenzione a:

- rendere la valutazione e le procedure di qualità un concetto di sviluppo del sistema ed evitare che diventi un adempimento burocratico;
- coinvolgere gli attori interni ed esterni all’organizzazione e renderli protagonisti dei processi di *governance*;
- costruire dei codici di comunicazione condivisi fra gli attori;
- affrontare le principali problematiche metodologiche ed attivare pratiche di valutazione della qualità;
- trasformare le informazioni prodotte dalla valutazione in azioni di governo e regolazione del sistema.

Con queste avvertenze, non sembra possibile ricorrere a modelli precostituiti di valutazione, ma è necessario porre attenzione alla specificità del sistema locale di welfare ed alle azioni realizzate da ciascun servizio / intervento / progetto da valutare. Inoltre, i criteri sui quali impostare un processo di valutazione non possono essere a carattere universale ma devono piuttosto essere frutto della collaborazione tra diversi attori; la valutazione come modo per gestire il cambiamento, deve consentire di apportare modifiche e deve essere realizzata nei tempi opportuni. Infine, la valutazione non va confusa con la funzione di controllo.

I presupposti di una corretta impostazione di un processo di valutazione che tenga conto dello sviluppo del sistema locale di welfare, riguardano quindi fattori attinenti al senso e all'utilizzo della valutazione stessa, e alla sua fattibilità. La strada che si indica è quella di pensare di costruire un modello *ad hoc*, "leggero", poco ingombrante e facilmente applicabile a situazioni concrete, da verificare con gli operatori, direttamente impegnati nel sociale. In tal modo si possono ottenere cambiamenti all'interno dell'organizzazione, in quanto la valutazione contribuisce ad esercitare un impatto sulle componenti gestionali (definizione di compiti e mansioni e ri-progettazione) e strutturali (organizzative ed economico-finanziarie). Essa influenza quindi il comportamento dell'organizzazione e ne è influenzata, al punto che risulterà strumento di *governance* solo se anche coerente con l'attività svolta dal servizio sociale e se ne abbiano beneficio i destinatari (Mauri, 2007).

Progettare un processo di valutazione significa occuparsi di "azioni in comune", quindi di interazioni di tipo sociale tra le istituzioni e con i destinatari, perseguendo l'obiettivo fondamentale della tutela dell'interesse generale. In tal modo, il processo di valutazione crea "valore pubblico" inserendosi nelle finalità del welfare locale.

Riferimenti bibliografici

- Bertin G., 2007, *Governance e valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari*, Franco Angeli, Milano.
- Bezzi C., 2003, *Il disegno della ricerca valutativa*, Franco Angeli, Milano.
- Bifulco L., 2005, *Geometrie dell'integrazione: la governance in Campania, Friuli-Venezia Giulia e Lombardia*, in "La Rivista delle Politiche Sociali", vol. 2.
- Cesaroni M., Sequi R., 1997, *Sistema informativo e servizi sociali*, Nis, Roma.
- De Ambrogio U., Lo Schiavo M., 2000, *Piano di zona: problemi affrontati, potenzialità, previsioni*, in "Prospettive sociali e sanitarie", numero 20-22.
- Donolo C., 2003, *Il distretto sostenibile. Governare i beni comuni per lo sviluppo*, Franco Angeli, Milano.
- Ferrera M., 2006, *Le politiche sociali*, il Mulino, Bologna.
- Gregori E., 2007, *Gestire il patrimonio dati: la raccolta, la validazione, la trasmissione e la comunicazione*, in L. Mauri, *op. cit.* .
- Mauri L., 2007, (a cura di), *Il sistema informativo sociale*, Carocci Faber, Roma.
- Paraskevopoulos C., 2001, *Social capital, learning and EU regional policy networks: evidence from Greece*, in "Government and opposition", vol. 36, n. 2.
- Stame N., 2001, *Indicatori e valutazione*, in "Valutare le politiche per l'inclusione sociale", a cura di L. Leone, Vides, Roma.

Immagine di riferimento

- Spiegare gli **effetti** della attività di valutazione attraverso la comprensione del loro **funzionamento**
- L'**orologio** segna l'ora, ma noi vogliamo **andare "dentro" il meccanismo** dell'attività sociale e vedere cosa succede
- **ATTENZIONE:** Le componenti di base del meccanismo sono **individui** (non atomi né proteine), che agiscono e interagiscono

1

Definizione di Valutazione

2) Ricerca "applicata"; è quello che distingue la valutazione dalla ricerca di base... teorica.

3) La valutazione e la sua ricerca nascono e si sviluppano in un contesto decisionale

4) La valutazione serve al decidere per ridurre la complessità del contesto decisionale

1) la valutazione è ricerca; se no è solo chiacchiere

5) Le conseguenze sono molte: deontologiche e metodologiche

La valutazione è principalmente (ma non esclusivamente) un'attività di **ricerca sociale applicata**, realizzata, nell'ambito di un processo decisionale, in maniera integrata con le fasi di programmazione, progettazione e intervento, avente come scopo la riduzione della complessità decisionale attraverso l'analisi degli effetti diretti ed indiretti, attesi e non attesi, voluti o non voluti, dell'azione, compresi quelli non riconducibili ad aspetti materiali; in questo contesto la valutazione assume il ruolo peculiare di strumento partecipato di giudizio di azioni socialmente rilevanti, accettandone necessariamente le conseguenze operative relative al rapporto fra decisori, operatori e beneficiari dell'azione.

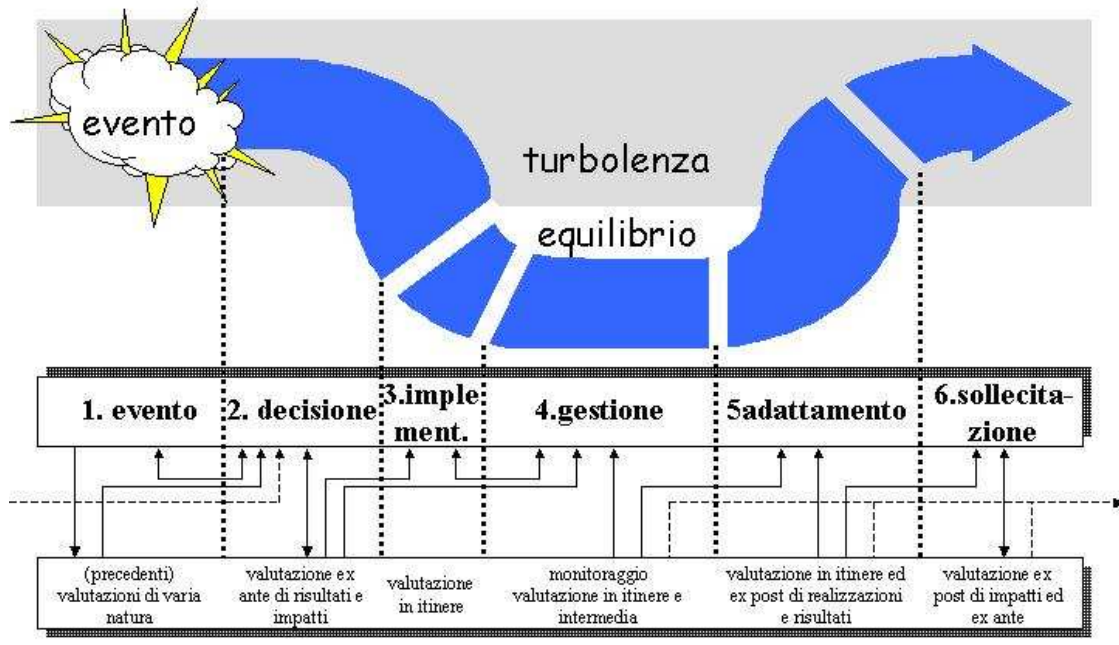
Claudio Bezzi, Il disegno della ricerca valutativa, Franco Angeli, Milano 2003, p. 60

Marco Accorinti

2

- ⇒ molteplicità degli attori
- ⇒ frammentazione delle competenze istituzionali
- ⇒ molteplicità e pluralità delle tipologie organizzative, delle culture organizzative e delle culture professionali
- ⇒ complessità dei fenomeni oggetto di intervento
- ⇒ lavoro per progetti

- ⇒ forte esigenza di sperimentazione e verifica
- ⇒ necessità di flessibilità
- ⇒ inadeguatezza e sprechi nella divisione del lavoro per funzioni
- ⇒ esigenza di sviluppare collaborazioni e partnership con altre organizzazioni sulla base di accordi su progetti comuni
- ⇒ modalità prevalente di accesso a risorse finanziarie (convenzione con EELL sulla base di progetti, finanziamenti FSE...)



Tipi di valutazione

0. valutazioni di varia natura
1. valutazione **ex ante** di risultati e impatti
2. valutazione **in itinere**
3. **monitoraggio**, valutazione in itinere e intermedia
4. valutazione in itinere ed **ex post** di realizzazioni e risultati
5. valutazione ex post di impatti ed ex ante

Come fare ? Come progettare una attività di valutazione ?

A prescindere dal tipo di progetto, dal contesto in cui si opera, dalla durata, dai destinatari

Si può – SECONDO ME – presentare il percorso didattico relativo alla valutazione in una serie di tappe (o fasi).

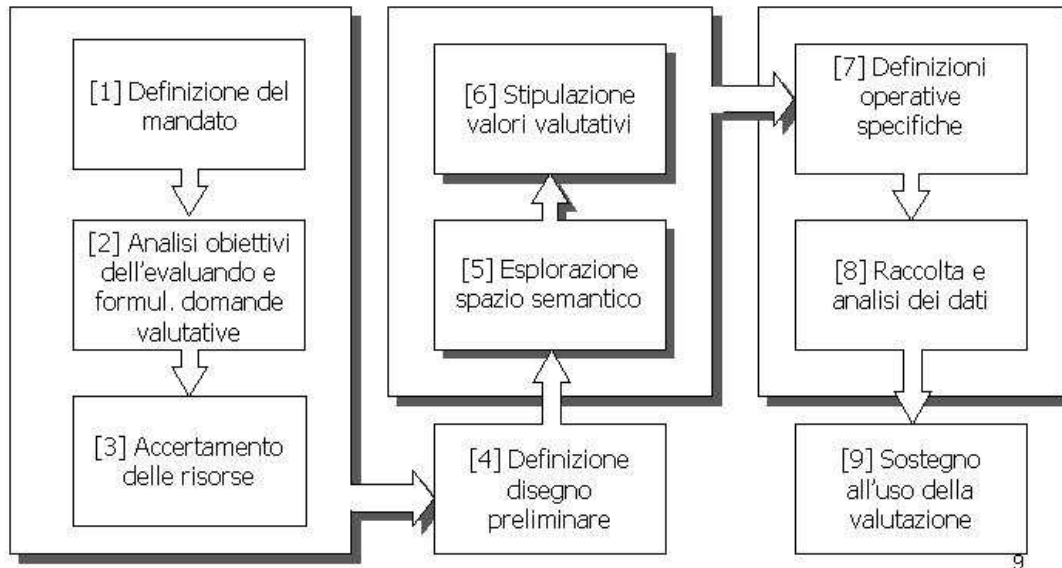
Ovvero: l'attività di valutazione può essere intesa come percorso complessivo di realizzazione di un intervento valutativo e il documento cartaceo è la stesura concreta di un disegno di ricerca e analisi.

7

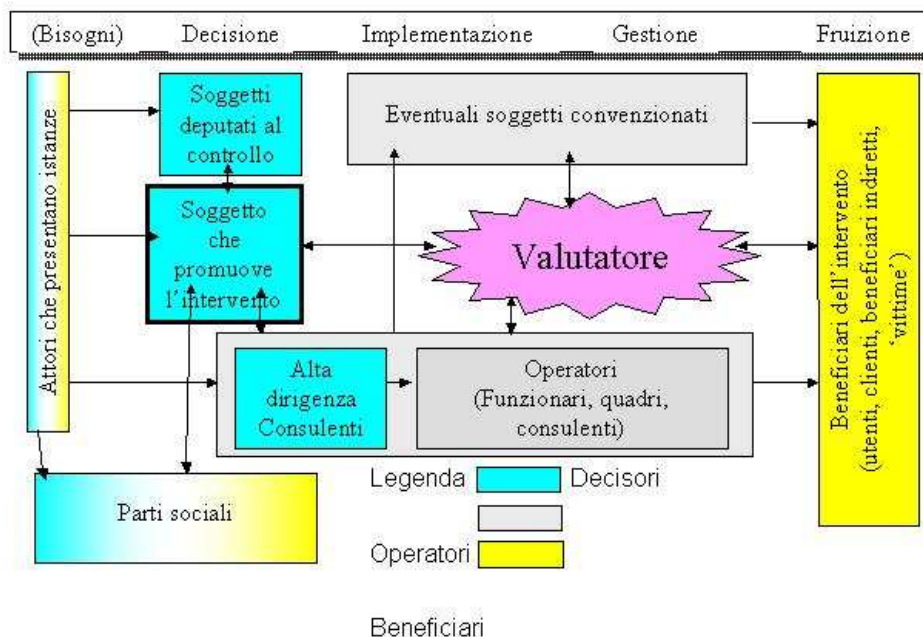
Carol Weiss

Sia che ci occupiamo di programmi o politiche, riguardo gli ammalati o i poveri, le vittime di abusi, gli alcolisti o gli abbandoni scolastici, noi valutatori abbiamo un'opportunità per aiutare la politica e i programmi della nostra comunità a raggiungere un miglior fine. Noi abbiamo l'opportunità di aiutare la società a meglio distribuire le sue risorse. Noi abbiamo l'occasione di aiutare un vasto pubblico a comprendere la natura dei problemi sociali e trovare il modo giusto di affrontarli. Ben fatta, la valutazione è un nobile impegno.

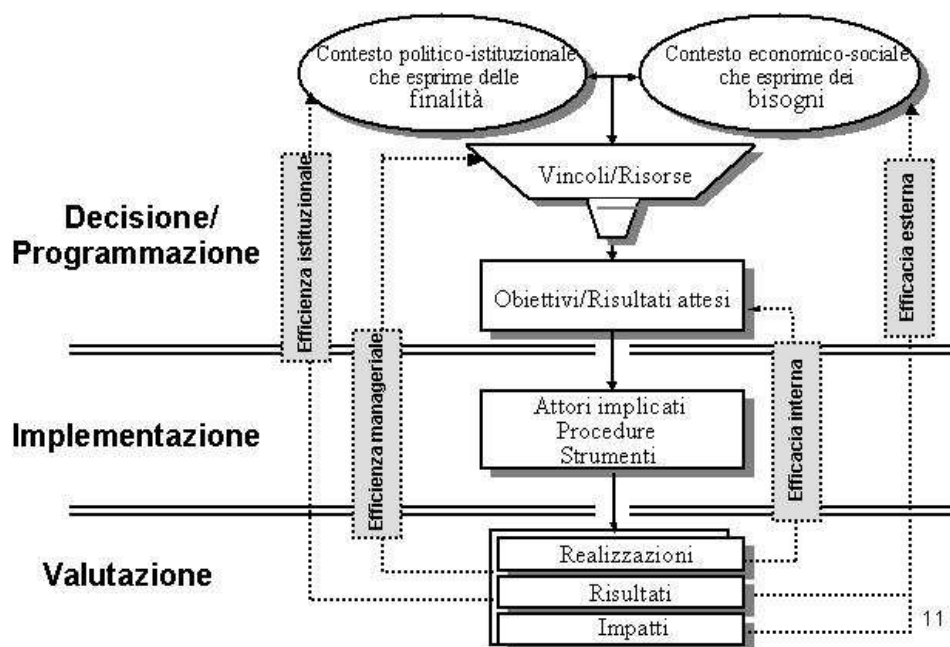
OTTO PASSI PER UN IMPIANTO DI VALUTAZIONE



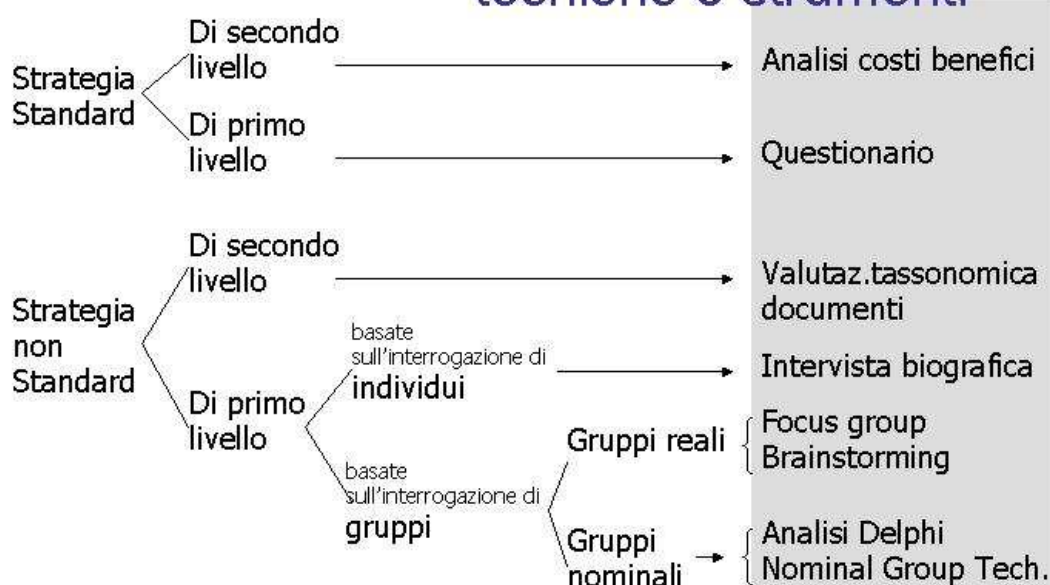
Gli attori sociali rilevanti per la valutazione



Efficacia ed efficienza in valutazione



Classificazione delle tecniche o strumenti



STRUMENTI E MODALITÀ DI RILEVAZIONE DEGLI INDICATORI DI PROCESSO

<i>Modalità di rilevazione</i>	<i>Possibili indicatori rilevabili</i>
Rilevazione dati da parte dello staff	n. utenti contattati; n. presenti attività; n. contatti con operatori altri servizi, n. contatti con politici, n. ore dedicate dagli operatori alle singole attività, tipo ostacoli incontrati nelle diverse attività, etc.
Osservazione partecipante	Interesse dei partecipanti; Modalità di conduzione delle attività da parte operatori, etc.
Questionari	Caratteristiche utenti contattati (informazioni socio-demografiche, abitudini, valori, interessi, bisogni, etc.) Soddisfazione beneficiari, Soddisfazione operatori; etc.
Interviste individuali	Impressioni, riflessioni operatori; Impressioni, riflessioni beneficiari; Congruenza fra obiettivi progetto e bisogni, etc.
Discussione di gruppo (con operatori, ma anche con beneficiari)	Riflessioni, proposte, ricostruzione della storia e delle difficoltà del progetto, ipotesi riguardanti l'impatto, etc.

23

L'ATTIVITA' DI VALUTAZIONE COME DIMENSIONE
PROPRIA DELLA PROFESSIONE DI SERVIZIO SOCIALE.
AUTOVALUTAZIONE DEL LAVORO DEGLI ASSISTENTI
SOCIALI

L'ATTIVITÀ DI VALUTAZIONE COME DIMENSIONE PROPRIA DEL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

Angelina Di Prinzio *

La riflessività come dimensione propria del professionista: riflettere sull'azione e nel corso dell'azione.

Per la trattazione del modulo è stato utilizzato in via esclusiva il materiale tratto dai testi sulla valutazione di Annamaria Campanini – La valutazione nel servizio sociale (a cura di) Carocci Faber - e di Ugo De Ambrogio, Teresa Bertotti, Francesco Merlini –

L'assistente sociale e la valutazione. Carocci Faber 2007. Altri spunti rilevanti sono stati tratti da diversi autori citati nelle slides di presentazione e nella dispensa riportata di seguito.

Valutare il servizio sociale con metodologie qualitative

(tratto da S. Fargion - A. Sicora in: Campanini “ La valutazione nel Servizio Sociale”) Carocci Faber 2008

Lo sviluppo di metodologie di valutazioni qualitative si collega a considerazioni relative ai limiti della valutazione quantitativa nel servizio sociale.

La valutazione quantitativa standardizzata appare in molti casi, come affermato da alcuni teorici del settore, inadatta a cogliere alcuni aspetti cruciali del lavoro sociale, quali la fluidità e flessibilità del processo, la complessità dell'intervento, l'informalità di molti passaggi, la rilevanza delle percezioni soggettive sull'intervento e sugli esiti.

Viene evidenziata la difficoltà di valutare la natura olistica e sistemica del lavoro sociale e di ridurre relazioni di cura ad un insieme di unità, fattori, eventi, variabili.

Tra gli studi, uno dei primi e dei più noti, è la ricerca di Mayer e Timms (1970): uno studio qualitativo basato su interviste non direttive ad ex utenti di uno specifico servizio sociale. I risultati consentono di analizzare quello che le persone apprezzano, ritengono utile e comprendono e ciò che risulta loro incomprensibile.

Emerge che le persone intervistate apprezzano e trovano l'aiuto:

- nell'essere in contatto con operatori
- nell'ascolto, (*che è un aiuto in sé*)
- nella chiarezza che l'assistente sociale fa su cosa sta succedendo e perché

Gli aspetti critici e di insoddisfazione sono relativi a:

- la freddezza dell'operatore
- la percezione di una modulazione affettiva distonica (ad es. operatore non ride mai nemmeno agli scherzi)
- alla mancanza di ascolto e alla generale sensazione di non chiarezza e confusione

*Docente di Principi e Fondamenti del Servizio Sociale
Università degli Studi Roma Tre

Le domande ritenute incomprensibili sono quelle legate all'applicazione meccanica di modelli a matrice psicoanalitica (ad es. una coppia che si reca al servizio per un problema con il figlio adolescente "ingestibile" dichiara di non capire perché deve rispondere a domande relative al proprio rapporto con i genitori).

L'approccio qualitativo si distingue perché:

- mira a cogliere i modi di comprendere il processo e il lavoro delle diverse persone, riconoscendo e accettando che questi modi possano essere differenti
- il focus è sui processi e sul rapporto tra processi e risultati in termini di significati attribuiti dagli attori
- l'attenzione si concentra sul modo in cui i significati vengono costruiti in relazione alle pratiche
- vengono messi al centro i significati che le persone attribuiscono alle situazioni senza ricondurli a presunti standard di oggettività
- è riflessivo in relazione alla soggettività dello stesso professionista valutante e
- non è neutro e tende ad esplicitare le dimensioni valoriali che riconosce intrinseche.

Si afferma così nella ricerca valutativa la ricerca pluralistica che consiste nel coinvolgere nella valutazione tutti coloro che sono a diverso titolo interessanti all'intervento (stakeholders vengono identificati e si raccolgono i loro punti di vista, anche se contraddittori, e si impiegano nelle valutazioni rispetto all'utilità e all'efficacia delle pratiche degli interventi sociali).

La mancanza nella valutazione qualitativa della rigore degli strumenti sperimentali e quantitativi è controbilanciata dalla conoscenza approfondita di punti di vista e prospettive (⇒ neutralità).

La "valutazione" responsabilizza l'individuo nell'organizzazione e valorizza le capacità di produrre cambiamento e innovazione.

- l'operatore diventa capace di esplicitare le teorie non dichiarate sottese alle azioni individuali e organizzative condotte, ma anche nel momento in cui l'assistente sociale, in un'ottica di "ricerca riflessiva" effettua operazioni di autovalutazione sulle proprie competenze, conoscenze e azioni.

Riflettere significa volgere la mente, considerare con attenzione situazioni, problemi, opportunità. In filosofia la riflessione è un «atto conoscitivo mediante il quale lo spirito, ritornando su se stesso, prende coscienza delle sue operazioni e dei loro caratteri» (Dogliotti, Rosiello, 1986, p. 1603).

Possiamo distinguere tra:

- ✓ valutazione implicita (sommersa), che consiste nella «spontanea formulazione di giudizi operata dagli individui nella loro vita quotidiana. Non ha alcuna dimensione scientifica ed è farcita di pregiudizi, a differenza della valutazione spontanea e di quella formale» (ivi, p. 200);
- ✓ valutazione spontanea (o informale), una «forma di valutazione informale operata dagli individui senza criteri di scientificità (a differenza della valutazione formale), ma con esplicitazione delle argomentazioni (a differenza della valutazione implicita)» (ivi, p. 203);
- ✓ valutazione formale (o istituzionale), ovvero «ogni forma di valutazione esplicita e programmata, basata su regole e modalità tecniche e scientifiche, finalizzata alla redazione di un rapporto valutativo (a differenza delle valutazioni "implicite" e "spontanee")» (ivi, p. 199).

Nella letteratura del servizio sociale sono frequenti i richiami e gli inviti alla riflessività quale momento qualificante di una professionalità che si interroga sul proprio operato e che è costantemente tesa al miglioramento delle prestazioni fornite.

De Sandre (1981), invita alla rottura dell' astrattezza e dell' estraniamento del lavoro per sviluppare negli operatori «una capacità di tradurre in operazioni questo tipo di adattamento riflessivo-creativo al "turbolent environment"»,

Giraldo e Niero (1987), propongono di privilegiare modalità formative che favoriscano i processi di autoriflessività.

Dal Pra Ponticelli (1987) che pone in stretto rapporto riflessività e formazione permanente la quale dovrebbe puntare a realizzare apprendimento di atteggiamenti di riflessività sul proprio lavoro rinforzando il desiderio di verifica continua; e infine, Ferrario (1996,) quando suggerisce di far prevedere «tempi per pensare: nella settimana, nella giornata, al termine di ogni micro o macro attività». Il rapporto dialogico tra teorie formali, esperienza e riflessione è stato costantemente al centro del dibattito epistemologico sviluppatosi nel servizio sociale come disciplina. secondo Ferrario.

L'esigenza che oggi va prioritariamente colta e fronteggiata riguarda la teoria della pratica, che si produce attraverso l'analisi, la sistematizzazione dell'agire, il tentativo di costruire generalizzazioni, la formulazione di quesiti per passare poi, in un secondo momento, alla teoria per la pratica, attraverso la docenza, le letture critiche, diverse forme di alimentazione cultural-professionale, che altrimenti, non trovando di per sé adeguata motivazione, scivolano sulla mente dell'operatore.

Nella pratica quotidiana il professionista formula innumerevoli giudizi di qualità per i quali non è in grado di definire criteri adeguati e mostra capacità per le quali non è in grado di definire regole e procedure. Persino quando fa un uso consapevole di teorie e tecniche fondate sulla ricerca, dipende da taciti riconoscimenti, giudizi e azioni esperte.

È, in altre parole, quel fermarsi per ragionare su quanto fatto in modo da poter successivamente riprendere l'attività dopo aver acquisito maggiore chiarezza su come fare meglio le cose. Consiste in gran parte nel ricordare e valutare quanto già realizzato per poi focalizzare con maggior precisione \ obiettivi da perseguire e strategie correlate. Il professionista sposta dunque lo sguardo indietro sulla strada percorsa per poi guardare avanti prima di riprendere il cammino.

E' possibile individuare alcuni fattori che favoriscono la riflessione nel corso dell' azione, tra i quali si citano a puro titolo indicativo e senza alcuna pretesa di esaustività:

- un ambiente che tollera un certo grado di errore e che considera questo e le connesse opportunità di rivedere e riformulare la conoscenza personale come un' occasione di apprendimento e di ricerca di nuove strade, soprattutto quando il ritorno su vecchi percorsi con ogni probabilità porterebbe al fallimento;
- ogni occasione di esercizi, ad esempio i role playing, utili a consentire la sperimentazione in libertà di nuove modalità di azione professionale.

L'operatore riflessivo e l'operatore difensivo: cause, vissuti, problematiche inerenti il controllo organizzativo e il contesto sociale

“Negli anni recenti c'è stato un aumento nella produzione di manuali procedurali, cioè di guide che fissano le precise procedure formali che gli assistenti sociali pubblici dovrebbero seguire nelle varie circostanze. Tale orientamento è associato ai principi del consumerismo e all'interesse verso l'offerta di

un servizio di elevata qualità che risponda: ai diritti dell'utente e agli standard richiesti; al diffondersi nei servizi sociali delle logiche managerialiste (il cosiddetto -nuovo managerialismo») che teorizzano un maggiore controllo dei dirigenti sul lavoro dei dipendenti; al "nuovo autoritarismo» che enfatizza le funzioni di controllo sociale degli operatori; a un trend di deprofessionalizzazione che vede gli assistenti sociali come funzionari che applicano le direttive dell'ente. ”

S. Bunks - Etica e valori nel Servizio Sociale - Erikson

Operatori difensivi

- Seguono le procedure alla lettera e adempiono i doveri e le responsabilità definite dall'ente e dalla legge.
- Non si possono incolpare se le regole e le procedure prescritte sono state rispettate, gli assistenti sociali sono “funzionari o «tecnici», fare «il mio dovere» significa adempiere i miei obblighi verso l'ente piuttosto che compiere l'azione professionalmente e moralmente giusta.
- I valori personali e quelli dell'ente tendono a esser separati, e i secondi tendono a essere adottati mentre si agisce come assistenti sociali.

Operatori riflessivi.

- ⇒ Riconoscono i dilemmi e i conflitti etici e come essi si presentano, (ad esempio attraverso diseguali relazioni di potere con gli utenti; attraverso le contraddizioni del welfare state; nell'ambivalenza societaria verso il welfare state e gli assistenti sociali in particolare).
- ⇒ Confidano maggiormente nei propri valori e sul modo di metterli in pratica; integrano conoscenze, valori e abilità tecniche.
- ⇒ Riflettono sulla pratica operativa e imparano dalla stessa.
- ⇒ Sono preparati ad assumersi dei rischi e ad affrontare critiche.
- ⇒ C'è il riconoscimento che i valori personali e quelli dell'ente possono trovarsi in conflitto e che l'operatore in quanto persona ha la responsabilità morale di assumere delle decisioni per dirimere questi conflitti.

Problemi e dilemmi etici

Nell'esaminare i dilemmi etici che più frequentemente capitano agli assistenti sociali nel loro lavoro, si colgono spesso dei sensi acuti di confusione, di ansia e di colpa circa le decisioni che questi operatori devono assumere e i ruoli che essi rivestono.

Ciò può derivare da:

1. Mancanza di preparazione e di conoscenze rispetto alle nuove situazione in cui ci si trova.
2. Mancanza di chiarezza circa il ruolo dell'assistente sociale, per esempio confusioni rispetto alle funzioni di aiuto o a quelle di controllo, e scarsa conoscenza delle regole connesse a tali ruoli, come ad esempio il rispetto del segreto professionale.
3. Scarsa fiducia nel proprio status/posizione, specialmente nei confronti di altri professionisti.
4. Scarsa attenzione ai bisogni o ai diritti di un singolo utente, o la focalizzazione su un unico aspetto - senza, quindi cogliere la complessità della situazione.
5. La complessità della situazione viene considerata, ma ritenuta insopportabile.

ESERCIZIO PROPOSTO

1. Descrivere brevemente un dilemma etico sperimentato nella propria attività.
2. Quali sono gli aspetti etici implicati?
3. Da che cosa traggono origine?
4. Quali argomentazioni si potrebbero adottare per giustificare il tipo di intervento prescelto?

La valutazione nel corso dell'azione professionale come responsabilizzazione dell'Assistente Sociale nell'organizzazione e valorizzazione delle capacità di produrre cambiamento, strategia di ricerca riflessiva nella pratica professionale.

Conoscere nell'azione.

Il senso comune ammette la categoria del know-how e non amplia molto il senso comune affermare che il know-how è nella azione, che il know-how di un acrobata, ad esempio, consiste nel modo in cui egli compie il suo cammino lungo il filo ed è da ciò dimostrato, o che il know-how di un lanciatore di una grande squadra di baseball è nel modo in cui egli lancia verso il lato debole del battitore, cambia il passo, o distribuisce le energie nel corso di un gioco. Non c'è alcunché nel senso comune che ci induca a sostenere che il know-how consiste in regole o piani che abbiamo nella mente prima dell'azione. Sebbene talvolta pensiamo prima di agire, è anche vero che in gran parte del comportamento spontaneo proprio della pratica esperta riveliamo un tipo di attività cognitiva che non deriva da una precedente operazione intellettuale.

Per dirla con le parole di Gilbert Ryle ciò che distingue le operazioni sensate da quelle sciocche non è la loro origine ma la loro procedura. e questo vale per le azioni intellettuali non meno che per quelle pratiche. «Intelligente» non può essere definito in termini di «intellettuale» o «sapere come» in termini di «sapere cosa»; «pensare a ciò che sto facendo» non connota «sia il pensare cosa fare che il farlo». Quando faccio qualcosa in modo intelligente ... faccio una cosa e non due ... La mia prestazione possiede una speciale procedura o uno speciale stile, non speciali antecedenti.

E Andrew Harrison ha recentemente espresso lo stesso pensiero nella frase concisa: quando qualcuno agisce in modo intelligente, «rappresenta la propria mente».

Scelte interpretative e azioni espresse.

Implementazione di atteggiamenti riflessivi sul proprio lavoro. Potenziamento, verifica continua, sospensione dell'azione e previsione di tempi e spazi per pensare al termine di ogni micro e macro attività.

Valutare gli esiti dell'intervento professionale: un percorso possibile
Tratto da: Ugo De Ambrogio⁵

Trovare metodi e indicatori comuni per valutare il nostro lavoro.

Sviluppare una metodologia di valutazione del lavoro sociale che permetta di valorizzare una professione che svolge interventi di rilievo nel contesto locale e che permetta di potenziare la capacità professionale

⁵ Tratto da: De Ambrogio V. –Valutare gli esiti dell'intervento professionale: un percorso possibile. Ed.Carocci Faber 2008 da pag. 181 1 pag.208

degli assistenti sociali di rileggere e analizzare gli interventi effettuati e di valutare il proprio agire professionale.

L'autovalutazione come una opportunità di acquisizione di importanti informazioni e possibilità di sviluppare riflessioni utili a riprogettare i servizi e a programmare politiche locali efficaci attraverso:

- la costruzione di un linguaggio relativo ai concetti di qualità che diventi patrimonio dei diversi professionisti (assistenti sociali) che contribuiscono, da vari punti del territorio a realizzare gli interventi dei propri enti;
- la costruzione condivisa di indirizzi per la valutazione della qualità degli interventi degli assistenti sociali operanti all'interno del territorio, che possa rappresentare la base per introdurre processi di miglioramento continuo degli interventi;
- la costruzione condivisa di uno strumento specifico per l'autovalutazione del lavoro degli assistenti sociali e la sua sperimentazione;

la messa a punto, da parte di ciascun operatore, di strategie di miglioramento della propria operatività che includa:

- ⇒ una dimensione "*professionale*" (o tecnico-metodologica) che riguarda essenzialmente le competenze metodologiche e strumentali che si utilizzano nella professione;
- ⇒ una dimensione "*organizzativa*" che riguarda le competenze di gestione del ruolo sul fronte delle dinamiche istituzionali e interne all'ente di appartenenza;
- ⇒ una dimensione "*relazionale*" che riguarda essenzialmente la gestione della relazione di aiuto

L'assistente sociale è orientata ad un lavoro di qualità se:

- ha consapevolezza del proprio ruolo;
- ha una buona conoscenza teorica e capacità di aggiornamento;
- ha conoscenza e padronanza del "processo metodologico";
- riesce a gestire il suo tempo e a prendere distanza dal ruolo, fuori dal lavoro;
- conosce e sa agire i principi della deontologia e dell'etica professionale;
- ha autonomia e autorevolezza professionale;
- ha capacità di sostegno nelle azioni di promozione sociale e di dare voce ai diritti delle persone.

Bezzi (2003) afferma che una valutazione efficace non può essere ridotta a mero tecnicismo e che «il valore della valutazione non è - solo - in ciò che produce (il giudizio valutativo) ma nel processo partecipativo che compie per produrlo.

DIMENSIONE RELAZIONALE

L'A.S. fa un lavoro improntato alla qualità se...	Punti di forza	Punti di debolezza
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ha un atteggiamento accogliente 2. Sa gestire il tempo 3. Ha un atteggiamento empatico nei confronti dell'utente 4. Conosce e gestisce le proprie reazioni emotive 5. sa negoziare nella relazione 6. sa promuovere l'autodeterminazione 7. E chiaro/a nella definizione dei ruoli e nella comunicazione 		

DIMENSIONE PROFESSIONALE (TECNICO METODOLOGICA)

L'A.S. fa un lavoro improntato alla qualità se.....	Punti di forza	Punti di debolezza
<ol style="list-style-type: none"> 1. ha consapevolezza del proprio ruolo 2. Ha una buona conoscenza teorica e capacità di aggiornamento 3. ha conoscenza e padronanza del "processo metodologico" 4. riesce a gestire il proprio tempo e a prendere distanza dal ruolo, fuori dal lavoro 5. Conosce e sa agire i principi della deontologia e dell'etica professionale 6. Ha capacità di sostegno nelle azioni di promozione sociale e di dare voce ai diritti delle persone 		

DIMENSIONE ORGANIZZATIVA

	Punti di forza	Punti di debolezza
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ha conoscenza degli indirizzi politici e programmatici dell'ente di appartenenza 2. ha conoscenza delle competenze istituzionali e delle funzioni operative attribuite dall'ente di appartenenza al servizio sociale e ad altri settori 3. Ha conoscenza e capacità di mettere in rete le risorse del territorio 4. Ha conoscenza delle modalità di rapporto tra l'ente di appartenenza e gli altri enti e servizi esterni 5. Conosce e sa fare gli atti amministrativi e le procedure 6. sa progettare, pianificare e individuare le priorità 7. ha capacità di creare innovazione e sa fornire strumenti all'organizzazione per impostare politiche sociali rispondenti al bisogno 8. ha capacità di coordinare, all'interno di progetti, diverse figure professionali 9. Ha capacità di mediazione tra le esigenze dell'utenza e quelle istituzionali-organizzative 		

L'autovalutazione del lavoro può essere una significativa occasione di autoriconoscimento che può fornire agli assistenti sociali apprendimenti, e favorire l'assunzione di una visione maggiormente strategica del proprio lavoro.

L'ATTIVITA' DI VALUTAZIONE COME DIMENSIONE PROPRIA DELLA PROFESSIONE DI SERVIZIO SOCIALE

Elena Spinelli*

Valutazione e svalutazione

Con il processo di managerializzazione che ha investito i servizi sanitari e poi quelli sociali é richiesta una maggiore attenzione nei confronti della programmazione e ciò comporta più chiaramente che in passato predefinire obiettivi, azioni, costi e strumenti di controllo dei risultati e quindi una acquisizione di maggiori strumenti metodologici della valutazione.

Se da un lato con la valutazione introdotta nel nuovo managerialismo nei servizi si ha una maggiore oggettività e trasparenza dell'azione dei professionisti favorendo una più decisa responsabilizzazione rispetto alle scelte operative ridimensionando i privilegi della autonomia professionale, sollecitando una rendicontazione rispetto all'uso delle risorse, cercando di aumentare la possibilità di scelta da parte degli utenti dei servizi, dall'altro il tentativo di piegare la complessità dei fenomeni sociali alla ragione del calcolo (costa meno) e della previsione razionale non tiene conto delle criticità che si incontrano quando si valuta nel sociale: globalità che presentano i fenomeni oggetto dell'intervento sociale, unicità e irripetibilità dei fenomeni trattati nei processi individualizzati di aiuto con variabili non sempre controllabili e quindi generalizzabili, pluralità degli attori coinvolti e dei punti di vista, imprevedibilità degli esiti e delle conseguenze degli interventi.⁶

La appropriazione di strumenti metodologici della valutazione può però rappresentare una sfida per il servizio sociale affinché rinnovi le proprie metodologie e categorie interpretative, per aiutare a conoscere e prendere decisioni, per definire gli oggetti del proprio lavoro rendendolo maggiormente visibile e confrontabile.

Ciò è possibile se la valutazione non «viene vissuta come qualcosa di estraneo all'essenza del proprio lavoro, se non assume parametri di efficienza a scapito di un'attenta considerazione dell'efficacia del servizio e di quanto esso produce a vantaggio degli utenti (tutti)...» (Orsenigo, 1999).

Appartengono alle assistenti sociali come ad altri professionisti nei servizi sociali e sanitari quelle resistenze, e /o difese che possono snaturare il processo valutativo trasformandolo da strumento di apprendimento a vera e propria "svalutazione che porta a sminuire e/o ignorare informazioni pertinenti alla soluzione del problema interferendo con una valutazione intesa come processo partecipato che consente di apprendere, di produrre conoscenze, di costruire valore aggiunto, ovvero di cogliere l'inatteso e riconoscerlo come traccia di un ordine diverso da utilizzare come risorsa generativa per il cambiamento" (De Ambrogio⁷).

Nella valutazione sono presenti soggetti valutatori e soggetti valutati se la percezione di una distribuzione di potere asimmetrica prevale possono innescarsi fantasie difensive, per il valutato sentirsi giudicato come persona, trovarsi di fronte a un giudice sanzionatore, sentirsi controllato....per il valutatore sentirsi intrusivo in casa d'altri, trovarsi di fronte a qualcuno che nasconde qualcosa, sentirsi controllore... per cui paradossalmente sia il valutatore che il valutato finiranno per svalutarsi l'un l'altro e svalutare il processo valutativo».⁸

De Ambrogio fa risalire i processi di *svalutazione* alla introiezione del «modello scolastico di valutazione finalizzato a stabilire i promossi e i bocciati nella quale chi vale va avanti e chi vale

* Docente di Metodi e Tecniche del Servizio Sociale
Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

⁶ Graziella Civenti (2007) Approcci alla valutazione e funzioni professionali in
De Ambrogio, Bertotti, Merlini :L'assistente sociale e la valutazione-ed Carocci

⁷ Ugo De Ambrogio :La valutazione partecipata delle qualità come processo relazionale generativo,
in Prospettive Sociali e Sanitarie n.14 -2004

⁸ ibidem

meno ripete l'anno »⁹. L'immagine della valutazione che ne consegue può essere quella rappresentata nel film *Da zero a dieci anni* di Ligabue :

«Siamo qui per prendere e dare voti. Non c'è niente di male, *se non c'è niente di male a smettere di fare quello che vuoi per fare solo quello che ti fa avere buoni voti.* »¹⁰

L'esperienza di valutazioni manipolate al fine di « apparire bravi ed efficaci » nei confronti della dirigenza , e /o per riconfermare finanziamenti sono esperienze note agli operatori dei servizi.

« Il valore della valutazione non è solo in ciò che produce ,un giudizio valutativo, ma nel processo partecipativo che si compie per produrlo »¹¹ .

Gli assistenti sociali sono chiamati ad affrontare ogni intervento a livello macro, meso e micro, anche quando operano con le singole persone.¹² Quando si parla di « valutazione » si pensa immediatamente ai progetti, agli interventi.¹³ La separazione tra il lavoro sui « casi » e quelle valutazioni sui servizi finalizzate a fornire suggerimenti per prendere decisioni che riguardano i cambiamenti organizzativi, strutturali e/o di indirizzo politico fa sentire queste come imposte e lontane e raramente si usano quelle conoscenze che si potrebbero avere appunto da una valutazione dei casi. Buone valutazioni sui casi possono rappresentare indispensabili fonti informative per valutare servizi e politiche e diventare una funzione complementare agli altri livelli valutativi in cui la professione è oggi coinvolta .

L'assistente sociale e la funzione valutativa

“Il lavoro sociale è anche un lavoro di conoscenza, non soltanto di azione, le situazioni infatti – dalle sofferenze individuali, ai problemi del territorio, ai bisogni sociali – non sono tutte uguali, sono situazioni complesse generate dalla stessa evoluzione dei diversi mondi sociali.”¹⁴ “Assumere dimensioni conoscitive chiede di immettere un quadro ampio, si tratta di collocare il caso specifico in un contesto più generale, in cui ricercare anche le condizioni che hanno portato al generarsi e al persistere dei problemi e l'assistente sociale si trova in contatto con fenomeni che rischiano di sottolineare la parzialità e in fondo l'impotenza del suo stesso intervento”.¹⁵ Tra le difficoltà alcune sembrano rilevanti .

Nell'attività quotidiana non è facile investire tempo ed energie per riconsiderare i dati che si sono raccolti, al fine di storicizzare, illustrare i vincoli, le risorse, le scelte di valore, i punti di riferimento per sé. Si tratta di rileggere gli interventi a partire dallo specifico contesto in cui si sviluppano che può implicare anche una rielaborazione delle differenze tra organizzazione formale, reale, ideale. L'esistenza dei servizi sociali e sanitari (personale, strutture, risorse) è impregnata di scelte di valore rispetto a come i diversi problemi di salute fisica e psichica, di disagio sociale dovrebbero essere affrontati nella nostra società.

“Nei servizi metodologie e/o opzioni teoriche restano in ombra. Queste indirizzano in modo decisivo l'azione e non sono né neutre né equivalenti, ma a livello organizzativo è come se lo fossero. Le scelte non sono spesso esplicitate, sono come degli “a priori”, vengono posti come indiscutibili e diretti riferimenti per l'azione perché ad essi si deve ubbidire, vengono fatte da alcuni,quelli che dal punto di vista gerarchico e professionale godono di maggior potere e/o prestigio e accettate per le più svariate ragioni e nei più diversi modi dagli altri”.¹⁶

La difficoltà di elaborare la domanda e l'offerta del progetto d'aiuto richiede lo spazio per porsi degli interrogativi sul significato che la situazione assume; i sentimenti e il coinvolgimento affettivo in questa prospettiva rappresentano anch'essi un aspetto importante della pratica professionale da non trascurare e non negare. « La legittimazione delle emozioni, il riconoscere il diritto al loro esistere,favorisce prima di tutto una maggiore *salute mentale* e consente una gestione

⁹ ibidem

¹⁰ ibidem

¹¹ ibidem

¹² L.Dominelli (2005) Il servizio sociale-Una professione che cambia-ed Erickson

¹³ Casartelli A.Bertotti T. :Vissuti psicologici e relazionali nel processo di valutazione in De Ambrogio,T.Bertotti,F.Merlini L'assistente sociale e la valutazione-(2007)carocci

¹⁴F..D'angella ,F.Floris,F.Olivetti Manoukian Per un lavoro creativo in Discutere di lavoro sociale-Geki di Animazione sociale 2005

¹⁵ F..D'angella ,F.Floris,F.Olivetti Manoukian Per un lavoro creativo in Discutere di lavoro sociale-Geki di Animazione sociale 2005

¹⁶ F.Olivetti Manoukian :(1998) Produrre servizi -ed Il Mulino

consapevole degli aspetti emotivi, di conseguenza facilita un processo di valutazione parzialmente al riparo da vissuti difensivi ».¹⁷

Nelle risposte alle domande degli utenti, come ci suggerisce la Pittaluga, « a qualunque servizio un'assistente sociale appartenga esiste quella convinzione generalizzata di possedere una maggiore competenza rispetto ai problemi sul tappeto di quanta ne possa avere il singolo richiedente : non sempre il proprio sapere è sottoposto a verifica e a volte l'esperienza consolidata non permette di avvertire i cambiamenti che hanno impatto sulla realtà psichica e sociale nella quale lavoriamo. »¹⁸

La difficoltà preminente, nei processi di valutazione, consiste nel conciliare le esigenze di oggettività con le implicazioni soggettive e la spontaneità che caratterizza il quotidiano, che sembrano interferire con i processi di conoscenza della realtà .

Ciò comporta utilizzare un paradigma di tipo costruzionista per uscire da un schema di tipo stimolo (il bisogno dell'utente) – risposta (l'azione dell'operatore) in cui la valutazione¹⁹ “si caratterizza come un'istanza superiore, o comunque esterna alle parti che, attraverso procedimenti studiati e ben messi a punto, è chiamata a definire le cose giuste o sbagliate per mezzo di un linguaggio il più possibile statistico, numerico, anche quando si tratta di soggetti e della soggettività, variabile critica nei processi di produzione dei servizi, che ne esce così deformata, impoverita o messa a margine” (Kaneklin, 2000).

Saper tradurre la propria esperienza personale riflettendo ed elaborando i dati esperienziali per tradurli in conoscenze, capacità, acquisizioni sul contesto lavorativo e sulle proprie modalità di operare, presenta difficoltà e presuppone una sicurezza nelle proprie conoscenze professionali oltre che nelle abilità lavorative. Acquisire la capacità di rendere espliciti i processi attivati e di trovare strumenti per rendere riconoscibili i risultati di interventi rivolti ad affrontare bisogni, disagi, disadattamento ed emarginazione è un primo passo per acquisire nuove capacità valutative.

Si tratta di praticare la riflessività ossia la capacità di riflettere continuamente e liberamente

sulla propria attività nella complessità delle situazioni..

Riflessività e valutazioni²⁰

La pratica valutativa viene di fatto agita quotidianamente da tutti gli attori coinvolti, in modi espliciti e impliciti. L'assistente sociale valuta le situazioni di bisogno dei clienti/utenti, valuta nelle indagini sociali per il Tribunale, valuta gli esiti del proprio lavoro e dei progetti, valuta i servizi che deve coordinarenon si può non valutare.

Come afferma Bezzi si hanno tre tipi di valutazioni :

Valutazione implicita o sommersa, che consiste nella spontanea formulazione di giudizi operata dagli individui nella loro vita quotidiana . Non ha alcuna dimensione scientifica ed è farcita di pregiudizi a differenza della valutazione spontanea e di quella formale.

Valutazione spontanea o informale una forma di valutazione informale operata dagli individui nella loro vita quotidiana senza criteri di scientificità, ma con esplicitazione delle argomentazioni a differenza della valutazione implicita.

Valutazione formale o istituzionale ovvero ogni forma di valutazione esplicita e programmata basata su regole e modalità tecniche e scientifiche, finalizzata alla redazione di un rapporto valutativo.

La differenza tra la prima e la seconda modalità di valutazione, ambedue presenti e riconoscibili nella pratica professionale, passa secondo lo stesso Bezzi attraverso la *riflessività* che si colloca tra « sommerso e informale Quanto più il pregiudizio viene svelato come tale e viene portato a consapevolezza il criterio sotteso e implicito nel giudizio formulato, tanto più l'operatore appare capace di portare alla luce la conoscenza che guida le scelte interpretative e d'azione espresse nella pratica professionale... »²¹.

¹⁷ Casartelli A. Bertotti T. : Vissuti psicologici e relazionali nel processo di valutazione

¹⁸ Marisa Pittaluga (2000) L'estraneo di fiducia – carocci

¹⁹ Laura Palareti : Valutazione comunità minori inprint

²⁰ A. Sicora (2006) “Riflessività e autovalutazione nel servizio sociale” pg.60 in La valutazione nel servizio sociale(a cura di Annamaria Campanini ed Carocci

²¹ ibidem

Si tratta qui di valutazione come dimensione interna alla pratica, più che come ricerca- valutazione sul lavoro svolto ai vari livelli ma in particolare l'interesse è per le implicazioni della valutazione a livello del "contatto" concreto delle prestazioni o dei servizi professionali con gli utilizzatori.

La valutazione dell'impatto di un intervento di servizio sociale deve tener conto del fatto che i

'servizi offerti' precedono l'arrivo del cliente, mentre il 'prodotto del servizio' è il risultato della

costruzione processuale degli oggetti di lavoro attraverso le aperture di senso che possono derivare

dall'analisi delle rappresentazioni sociali disponibili. Il servizio allora si genera nella relazione fra

operatore e cliente che nella stessa viene consumato all'interno del contesto in cui si svolge con i suoi risvolti giuridici, politici, sociali ed economici.²²

Perché questa azione diventi conoscenza visibile le domande da porsi sono: come ci rappresentiamo i problemi che incontriamo, come stiamo nelle situazioni, riusciamo ad agire in termini riflessivi e non puramente tecnici? A riformulare i problemi vedendoli dentro il contesto in cui si sono generati?

Verso una conoscenza riflessiva²³

L'idea di conoscenza in due tempi (prima la conoscenza poi l'intervento) è criticata nell'ipotesi di una conoscenza dentro l'azione quotidiana. "...è come se resistesse un'idea "disciplinare" della conoscenza lontana dall'azione, poco utile a fini pratici Il rischio è quello di avere già in mano la soluzione dei problemi, intervenire come se tutta la parte della comprensione fosse già data..... In genere si hanno fotografie non tentativi di comprensione dei meccanismi, sono descrizioni di comportamenti. Agire implica invece sempre la riflessività, ossia la capacità di riflettere continuamente e liberamente sulla propria attività. L'agire riflessivo ha in sé l'attività della conoscenza, nell'agire riflessivo l'azione riesce ad aprirsi un varco nella complessità delle situazioni dei problemi: La conoscenza rimanda dunque in questo caso a una pratica diversa: "una conoscenza rivolta a formulare azioni che nel loro attuarsi producono conoscenze", in cui si possa rendere conto di quel pragmatismo inteso come "arte di mobilitare l'intelletto per cambiare una realtà non soltanto per conoscerla",²⁴ di avere cioè la capacità di valutare il cambiamento.

Una quotidiana conoscenza –azione l'epistemologia della parzialità²⁵

Sembra più congruente con i contenuti del lavoro, ma anche con l'esperienza soggettiva degli operatori, riconoscere la parzialità del conoscere in campo sociale.

Gli aspetti che determinano la parzialità della conoscenza sono per la Olivetti Manoukian:

una conoscenza per contatto : possiamo conoscere quello con cui entriamo in contatto, ed è molto poco. Non possiamo conoscere tutto e non possiamo neanche "conoscere del tutto";

una conoscenza per rappresentazioni, noi non conosciamo la realtà ma rappresentazioni della realtà. E' molto importante che non confondiamo le rappresentazioni con la realtà, veniamo a contatto con una serie di rappresentazioni di elementi e di indizi che ci possono far immaginare qualche cosa d'altro;

una conoscenza nelle relazioni se possiamo conoscere entrando in contatto, vuol dire che conosciamo nelle relazioni ...con coinvolgimento e distacco, il troppo vicino o il troppo lontano rendono comunque difficile la conoscenza. Il processo di conoscenza se avviene nelle relazioni vuole dire che è condotto, è sviluppato da più soggetti contemporaneamente;

²² F.Olivetti Manoukian : (1998) Produrre servizi -ed Il Mulino

²³ F..D'angella ,F.Floris,F.Olivetti Manoukian Per un lavoro creativo in Discutere di lavoro sociale- Geki di Animazione sociale 2004

²⁴ Angela Zucconi (2000) Cinquant'anni nell'utopia il resto nell'aldilà ed. l'ancora del mediterraneo.

²⁵ Franca Olivetti Manoukian : Una quotidiana conoscenza –azione in Re/immaginare il lavoro sociale in Geki - animazione sociale 2005

una conoscenza per approssimazione ovvero nella provvisorietà. Siamo sempre nella incertezza , nel dubbio, ci pongono l'esigenza di essere sempre vigili che è una esigenza molto costosa;
una conoscenza per ri-conoscenza, quello che crediamo di sapere molte volte non lo conosciamo. Diventa fondamentale ritornare sui propri passi, sguardi e reinterrogarli, ritornare sulle cose che già conosciamo ma anche ringraziare, valorizzare gli apporti conoscitivi che ci danno gli altri. Dalla coscienza della parzialità della nostra conoscenza ne potrebbe conseguire la scelta di non chiudersi nei propri saperi ma di porsi con mente ospitale verso gli altri sguardi, altri percorsi conoscitivi....si ricollega a una ipotesi generale rispetto alla conoscenza di problemi complessi in cui ci si trova immersi, in cui esistono differenti posizioni e differenti affezioni, anche confliggenti: problemi per cui non si individuano prospettive risolutive chiare e univoche , interventi certamente positivi. Si potrebbe dire che viene assunta una ipotesi epistemologica rispetto ai problemi sociali, che spinge a ricercare continue cooperazioni conoscitive con altri, tra diversi attori che via via sono o possono essere chiamati in gioco.

Valutazione formale e istitutiva : una sfida

L'uso di metodologie valutative formalizzate, basate su descrittori precisi, esplicitamente scelti e dichiarati, in grado di fornire dati comparabili può non solo aiutare ad evitare errori valutativi uscendo dalla totale soggettività ma anche fornire informazioni ed elementi significativi del processo che collega gli interventi agli esiti prodotti, tenendo conto della natura e la rilevanza delle variabili che concorrono a delineare un ambito di intervento caratterizzato da un'elevata complessità (Orsenigo 1999). La sfida consiste non solo nella necessità di uscire dalla totale soggettività che spesso caratterizza le pratiche di valutazione fondate principalmente sul vissuto degli operatori, agita quotidianamente negli interventi in modi per lo più impliciti, per passare ad una prospettiva sul tema che risulti più *esplicita, documentabile, comparabile*, ma anche nell'individuare criteri valutativi scientificamente validi. Le condizioni di delicatezza e vulnerabilità dei soggetti utenti e le difficoltà inerenti la messa in atto dei processi di cambiamento (e loro valutazione) richiedono di passare da una visione della qualità di tipo descrittivo ad una capace di entrare realmente nel merito del lavoro svolto. E' in questo contesto che si sono affrontati aspetti metodologici della costruzione di *indicatori*.²⁶

Costruzione indicatori²⁷

Per indicatori si intende una variabile (quantitativa o qualitativa) in grado di rappresentare sinteticamente un fenomeno e riassumere l'andamento ; gli indicatori dunque servono per tradurre in elementi osservabili e misurabili le domande della valutazione. Gli indicatori si basano su informazioni e dati aggiornati. Le fonti possono essere organizzative(es. le statistiche , Urp, etc) registri dei servizi, e/o derivare da indagini mirate (es, studio su fabbisogno utenti). Nella costruzione degli indicatori è importante tener presenti alcuni importanti requisiti , un buon *L'indicatore quantitativo* dovrebbe essere :

Fedele quindi capace di rilevare dati senza distorsioni accurato ; *sensibile* quindi capace di registrare eventuali miglioramenti o peggioramenti nell'arco del tempo ; *rilevabili* senza eccessivi costi di raccolta.

Gli indicatori qualitativi che si esprimono tramite una domanda sull'esistenza di un elemento nel processo di erogazione del servizio ovvero di una precisa pratica organizzativa.

Nella elaborazione di indicatori si può partire dalle seguenti considerazioni:

- 1: stabilire l'obiettivo e comprendere quello che si desidera raggiungere;
 - 2: identificare le variabili critiche dell'obiettivo cercato, cioè il fattore chiave per raggiungere l'obiettivo;
 - 3: stabilire gli indicatori adeguati per ogni variabile;
- L'identificazione degli indicatori può essere un processo complesso , una esemplificazione è quella che segue.

esempio: Immigrati/e

²⁷ Da -U.De Ambrogio e G. Civenti -Attenzioni metodologiche e passaggi chiave nello svolgimento delle funzioni valutative professionali in De Ambrogio T.Bertotti F.merlini L'assistente sociale e la valutazione-(2007)carocci

- Obiettivo: contribuire all'inserimento socio-culturale degli/le immigrati/e
- Specifico: migliori opportunità di lavoro e inserimento sociale
- Variabili critiche: volontà politica: leggi e decreti (nazionali e regionali) favorevoli all'inserimento della immigrazione; difficoltà idiomatiche; differenze culturali rispetto al contesto di accoglienza; strutture funzionanti; opportunità di lavoro; etc.

- Indicatori:

1. numero di immigrati/e inseriti nell'ambito lavorativo;
 2. numero delle opportunità lavorative nel contesto;
 3. numero di immigrati/e con ricongiungimento familiare;
 4. numero di bambini/e inseriti/e nelle scuole;
 5. numero di immigrati/e che usufruiscono dell'assistenza sanitaria;
 6. numero di immigrati/e in abitazioni idonee;
 7. numero di immigrati/e che partecipano alle attività sociali della zona;
 8. tempo di soggiorno di immigrati/e con documenti in regola;
 9. lingue parlate nei servizi pubblici rispetto all'immigrazione in un determinato contesto;
 10. luoghi di riunione corrispondenti alle esigenze degli/le immigrati/e;
- Ogni indicatore può essere misurato anche attraverso dei sotto-indicatori (qualità del servizio prestato etc.).

« L'uso di metodologie strutturate e formalizzate, basate su descrittori precisi, esplicitamente scelti e dichiarati, in grado di fornire dati comparabili, perchè non sia solo un processo di semplificazione della complessità della realtà richiede un compromesso che consenta:

1) di impegnarsi a costruire criteri e indicatori pur sapendo della loro relatività ed essendo pronti a modificarli e comunque guardare la realtà con sufficiente attenzione e apertura da poter cogliere anche ciò che non era atteso ciò che non era previsto 2) accettare parzialità senza rinunciare a causa sua a costruire strumenti di lettura, generalizzazioni e confronto dei fenomeni sapendo che il percorso di nominazione delle proprie pratiche e di costruzione di strumenti adeguati di valutazione potrà richiedere un'esplorazione paziente e una convivenza prolungata con l'incertezza » (U. De Ambrogio e G. Civenti).

La valutazione dell'intervento professionale dell'assistente sociale²⁸

La valutazione dell'attività professionale dell'assistente sociale rappresenta un ambito di ricerca a tutt'oggi scarsamente esplorato e certamente bisognoso di approfondimenti ed implementazione. La scheda di autovalutazione degli indicatori di qualità dell'intervento professionale dell'assistente sociale elaborata in un lavoro di formazione svolto dall'IRS, nel 2000 e nel 2004 ha come finalità: « sviluppare una metodologia di valutazione del lavoro sociale che permetta di valorizzare una professione che svolge interventi di rilievo nel contesto locale e che permetta di potenziare la capacità professionale degli assistenti sociali di rileggere e analizzare gli interventi effettuati e di valutare il proprio agire professionale ».

Le tre dimensioni del lavoro professionale prese in esame sono :

dimensione relazionale che riguarda essenzialmente la gestione della relazione di aiuto ;
dimensione professionale (o tecnico-metodologico) che riguarda essenzialmente competenze metodologiche e strumentali che si utilizzano nella professione ;
dimensione organizzativa che riguarda le competenze di gestione del ruolo sul fronte delle dinamiche istituzionali e interne all'ente di appartenenza.

Una volta identificati i *criteri* intesi come articolazione delle dimensioni secondo scelte di valore e costruiti sotto forma di « decalogo della qualità del lavoro di assistente sociale » il disegno di valutazione prevedeva l'identificazione degli *indicatori* relativi alle dimensioni e ai criteri identificati.

²⁸ I riferimenti di questa parte vengono dal testo: L'assistente sociale e la valutazione ed Carocci 2007 già citato
 Capitolo 8: Valutare gli esiti dell'intervento professionale : un percorso possibile di Ugo De Ambrogio:, di cui si è utilizzata anche la scheda per l'autovalutazione del lavoro degli assistenti sociali per una esercitazione dei partecipanti al corso.

Bibliografia

- Civenti G. (2007) Approcci alla valutazione e funzioni professionali in
De Ambrogio, Bertotti, Merlini : *L'assistente sociale e la valutazione* -ed Carocci
- Dominelli L. (2005) *Il servizio sociale - Una professione che cambia* -ed Erickson
- De Ambrogio U., Bertotti T., Merlini F. (2007): *L'assistente sociale e la valutazione* -ed Carocci
- De Ambrogio U. : *La valutazione partecipata delle qualità come processo relazionale generativo*,
in Prospettive Sociali e Sanitarie n.14 -2004
- D'angella F., Floris F., Olivetti Manoukian F. (2005) : *Per un lavoro creativo*
In *Discutere di lavoro sociale* - Geki di Animazione Sociale
- Kaneklin, C. (2000), *Valutazione e qualità nei servizi. Valutare il valore del servizio*.
In C. Regalia e A. Bruno (a cura di), *Valutazione e qualità nei servizi*. Milano: Unicopli
- Olivetti Manoukian F. (1998) *Produrre servizi Lavorare con oggetti immateriali* -ed Il Mulino
- Olivetti Manoukian F. : *Una quotidiana conoscenza - azione*
in *Re/immaginare il lavoro sociale* Geki - Animazione Sociale 2005
- Orsenigo, A. (1999), *Per una critica della qualità nel lavoro sociale*. Animazione sociale, 10, 16-24.
- Palareti I. : *Valutazione comunità minori* in print
- Pittaluga M. (2000) *L'estraneo di fiducia* -ed. carocci
- Sicora A. (2006) " *Riflessività e autovalutazione nel servizio sociale*"
in *La valutazione nel servizio sociale* (a cura di Campanini A.) ed Carocci
- Zucconi A. (2000) *Cinquant'anni nell'utopia il resto nell'aldilà* ed. l'ancora del mediterraneo.

ASPETTI TEORICI E METODOLOGICI
NELLA VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO
NELLA RELAZIONE DI AIUTO

ASPETTI TECNICI E METODOLOGICI NELLA VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO NELLA RELAZIONE DI AIUTO

Angelina Di Prinzio *
Giovanna Sammarco **

I diversi criteri di valutazione e la dimensione relazionale del servizio sociale nelle diverse fasi di valutazione del processo di aiuto

Valutare è una componente difficile ma essenziale del lavoro dell'assistente sociale, irrinunciabile se si vuole garantire senso ed efficacia al proprio agire professionale, altrimenti si smarrisce l'ottica progettuale e strategica che rappresenta l'essenza del lavoro sociale, senza la quale si corre il rischio di trovarsi schiacciati dalla complessità e dalle urgenze, smarrendo in tal modo il significato di ciò che si sta facendo e la motivazione a farlo.

La valutazione è parte integrante della vita stessa, un'azione che si svolge più volte nella vita quotidiana nell'arco della giornata. Nella professione, si valuta (si dovrebbe valutare) consapevolmente per realizzare un metodo, attivare interventi, individuare le risorse idonee. Il processo valutativo non è rivolto a dare un giudizio sulla persona, ma a definire con occhio attento l'importanza e la rilevanza del problema dell'utente e quali risorse, quali limiti, quali opportunità ci sono da attivare. Un giudizio quindi centrato sul "fare" e non sull'"essere" e proprio per questo offre quelle possibilità di cambiamento e di miglioramento fondanti di un buon processo di valutazione. In questo senso la valutazione diventa strumento professionale specifico anche nella relazione d'aiuto con le persone.

La valutazione, quindi, è un elemento importante del lavoro sulla casistica, per mettere a fuoco le potenzialità, gli ostacoli e le risorse che consentono di affrontare i problemi individuati e coinvolge profondamente la relazione che si costruisce con la persona. Infatti l'efficacia della valutazione dipende anche dalla relazione che si instaura fra i soggetti interessati. L'utente sin dal primo incontro valuta l'A.S. come professionista e decide se e in che misura si può fidare dello stesso. Infatti la percezione di agio o disagio delle persone è condizionata dal tipo di relazione di aiuto che si viene ad instaurare. La medesima prestazione può risultare soddisfacente o meno, non tanto per la sua entità in se, ma dall'implicazione relazionale che questa comporta. La valutazione è un processo continuo che accompagna tutto il percorso del processo d'aiuto, anche se assume finalità diverse nelle diverse fasi:

Nella fase di accoglienza	Per decidere la presa in carico
Nella raccolta degli elementi necessari	Per l'elaborazione del progetto d'intervento
Nella realizzazione del progetto e nella fase conclusiva	Per comprendere se si stanno raggiungendo gli obiettivi e/o se utile ripensare il progetto

Per la costruzione di una relazione d'aiuto professionale significativa sul piano della qualità, è altrettanto importante la valorizzazione dell'utente attraverso l'attenzione al modo in cui percepisce la sua situazione e la promozione di tale consapevolezza.

* Docente di Principi e Fondamenti del Servizio Sociale
Università degli Studi Roma Tre

** Docente di Metodi e Tecniche di Servizio Sociale
Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Nella valutazione l'assistente sociale e l'utente si confrontano necessariamente con un contesto oggettivo di condizioni di vita, interpretate cognitivamente e percepite emotivamente e affettivamente in modo diverso. Nella relazione con l'utente è possibile che l'operatore si senta contemporaneamente "valutato" e "valutatore" e sia perciò a rischio dei vissuti difensivi di entrambi i ruoli compromettendo il processo valutativo che può essere poco realistico, poco efficace con conseguenze negative per un progetto d'intervento poco adeguato. La presenza di pregiudizi di emozioni non riconosciuti, infatti, offuscano la razionalità e la capacità tecnica dell'operatore con il rischio di svalutare elementi importanti o di far prevalere un'ottica di valutazione indirizzata a sottolineare le carenze piuttosto che le risorse. Per superare i rischi di una relazione asimmetrica è opportuno assumere un impegno bilaterale (contratto) finalizzato a definire meta, tappe e obiettivi. Sarà quindi necessario costruire e condividere alcuni criteri di valutazione ed i risultati raggiunti.

Nel lavoro a diretto contatto con l'utente, infatti, la valutazione sociale rende visibili e plausibili i criteri di scelta professionale all'utente e ai loro familiari così come agli amministratori e ai dirigenti, e agli altri professionisti coinvolti nel processo. I dati ottenuti a livello di singolo utente possono essere aggregati per valutare gli esiti del servizio nella sua globalità.

Quindi:

- La valutazione è considerata un processo di conoscenza necessario per assumere decisioni e adottare comportamenti conseguenti.
- La valutazione consente di selezionare, respingere, organizzare, discriminare, associare, classificare, raccogliere, elaborare, costruire progetti, idee, azioni.
- La valutazione è stata definita "Un Percorso di costruzione dotato di significato".²⁹
- E' possibile valutare la qualità nei Servizi che fondono il proprio intervento su base relazionale sia a livello MICRO (con l'utente/cliente/cittadino), sia a livello MACRO, nella comunità, (i progetti e le politiche pubbliche) con i soggetti collettivi presenti nella comunità.³⁰

Schema di valutazione nel processo di aiuto:

- Individuazione delle informazioni
- Analisi della situazione/problema
- Fattori ambientali e relazionali riguardanti il problema
- Caratteristiche dell'utente
- Altri fattori implicati nella situazione/problema
- Attualità del problema e priorità
- Risorse per la soluzione (risorse materiali di rete):
 - risorse/capacità dell'utente di far fronte al problema
 - risorse esterne (famiglie, ente, comunità).
 - 1) Valutazione del potenziale di cambiamento
 - 2) Finalità dell'intervento
 - 3) Obiettivi dell'intervento sociale
 - 4) Strategie di intervento³¹

Nel lavoro dell'assistente sociale, la valutazione, se condotta come processo di maturazione collettiva, può inoltre essere considerata anche come interazione, momento di riconoscimento reciproco, costruzione

²⁹ De Ambrogio U., Bertotti T., Merlini F., L'Assistente Sociale e la Valutazione 2008, Carocci Faber pag.30

³⁰ Campanini A.M., La Valutazione nel Servizio Sociale, ed. Carocci Faber 2006 Pag.49-50-51-53 Compagni

³¹ Bartolomei A., Passera AL., Manuale di Servizio Sociale ed. Cierre 2006

intersoggettiva, momento di relazione tra attori (utenti compresi), e anche come processo significativo di partecipazione e condivisione degli obiettivi progettuali con gli altri soggetti che a diverso livello operano per realizzare un intervento sociale (altri operatori, équipe, cooperative o associazioni, ente locale, regione, ecc.).

Valutare significa infatti anche facilitare l'assunzione di un punto di vista progettabile nei propri interventi: progettazione, intervento e valutazione sono percorsi integrati che permettono a un'esperienza di uscire dall'urgenza, di guardare lontano, di chiarire meglio ciò che si sta facendo assumendo un atteggiamento di ricerca, di continua rimessa in discussione delle ipotesi di partenza senza cristallizzarsi nei propri pregiudizi e luoghi comuni.

Attraverso il percorso integrato e continuo di progettazione intervento e valutazione è possibile realizzare un miglioramento continuo del lavoro. E possibile, in altre parole, dare corpo alla parola "valutazione" stimando gli effetti positivi e gli elementi critici degli interventi realizzati, promuovendo così azioni di miglioramento, per fornire agli utenti maggiori benefici e opportunità e ai professionisti nuove motivazioni frutto dei risultati individuati grazie alla ricerca valutativa.

Nei diversi ambiti di lavoro dell'assistente sociale il focus dell'analisi, a seconda degli obiettivi della valutazione, può essere posta:

Sugli interventi rivolti a singoli casi;

Sui servizi che si rivolgono a gruppi di destinatari "utenti";

Sulle politiche che si rivolgono a specifici settori e fasce di popolazione.

Per intervento sui casi intendiamo le azioni rivolte ai singoli destinatari dell'intervento sociale; per servizio sociale nella sua accezione generale intendiamo una serie di prestazioni coordinate e continue volte alla realizzazione di un obiettivo o al soddisfacimento di un bisogno comune a un gruppo specifico di destinatari; per politica sociale intendiamo la serie di interventi e servizi integrati e pensati strategicamente per rispondere ai bisogni e alle esigenze di un gruppo di popolazione caratterizzato da una comune condizione o bisogno e appartenente a un determinato territorio.

Gli interventi sui casi si valutano essenzialmente per conoscere la qualità, l'efficienza e l'efficacia delle risposte fornite ai singoli cittadini/utenti in relazione ai loro particolari bisogni e riproporre o cambiare i programmi di intervento fornendo le migliori risposte possibili alle esigenze individuali.

I servizi si valutano per analizzare le capacità di risposta al gruppo di destinatari e per fornire risposte omogenee, in termini di qualità, efficienza ed efficacia.

Le politiche si valutano per conoscere le risposte fornite alle domande e ai bisogni emergenti da una determinata comunità territoriale valorizzandole o riorientandole per offrire opportunità sempre più consone all'evolversi dei bisogni sociali.

La distinzione fra intervento sul caso, servizio e politica non sempre è netta, anzi, nella realtà spesso tali livelli si sovrappongono, incrociandosi e confondendosi, tuttavia per la valutazione e indispensabile distinguerli il più possibile. Essere consapevoli di quale è il focus della valutazione, cioè sapere che cosa si sta valutando, permette di renderla concreta, finalizzata ad un obiettivo di miglioramento preciso. Al contrario, non avere un focus definito del proprio processo valutativo rischia di vanificare la valutazione e, a volte, di trasformarla in un boomerang per gli stessi interventi e politiche.

SCHEMA DI RIFERIMENTO

Valutazione:

- | | |
|---------------|-----------------------------|
| 1. ex ante | a) di esito (out put) |
| 2. in itinere | b) di risultato (out come) |
| 3. ex post | c) di impatto ³² |

1. Ex ante - Comparazione tra attività progettata per scegliere tra alternative possibili e modalità di esecuzione del progetto.
2. In itinere - Durante la relazione per confermare l'ipotesi o modificare in corso d'opera.
3. Ex post - Evidenza se le politiche e gli interventi sono stati realizzati, se questi sono positivi o negativi rispetto ai benefici ipotizzati o alle risorse impiegate, se gli interventi hanno effettivamente dato luogo ai benefici che ci si proponeva di ottenere.

DI ESITO (OUTPOUT)
DI RISULTATO (OUTCOME)
DI IMPATTO

Integrazione tra valutazione e progettazione e valutazione multidimensionale

Le valutazioni devono essere condotte sulla base di criteri di trasparenza, ovvero attraverso attività chiare, esplicite e documentate, per i diversi livelli e soggetti coinvolti.

Questo principio intende sottolineare che, nel campo degli interventi e delle politiche sociali, diversi stakeholder hanno "diritto di sapere" poiché sono committenti o comunque parti in causa in ordine all'erogazione di interventi e politiche e altri "è utile che sappiano" perché ricoprono ruoli con responsabilità decisionali e potrebbero trarre dalle valutazioni importanti suggerimenti. In questo senso, appare utile che le valutazioni siano chiaramente documentate e diffuse, affinché favoriscano la presa di decisioni per i diversi livelli di governo delle politiche sociali, e non solo per il livello professionale che ha concretamente svolto le operazioni di ricerca valutativa. Le valutazioni infatti rappresentano anche una opportunità di chiarezza di relazioni e trasparenza fra i soggetti e i diversi livelli coinvolti, nella logica di operare ciascuno per la medesima finalità di miglioramento delle azioni, sia che si distribuiscano i fondi, sia che li si amministrino, sia che li si usino per la gestione di un intervento.

Le leggi n.285/97 e n.238/00 hanno sancito il principio di sussidiarietà orizzontale e quindi una progettazione che non può prescindere dal confronto con le varie realtà del territorio. Per cui per costruire progetti e poi programmi occorre che nelle diverse realtà locali si parta dall'analisi della situazione in atto, che non è solo fotografia, ma anche giudizi sull'adequatezza, le opportunità e le criticità dell'esistente, gli obiettivi appropriati e realisticamente perseguibili. Se l'analisi non è solo descrittiva, ma introduce giudizi e scelte conseguenti si aumentano le possibilità di azioni tempestive, efficaci, capaci di adattamento continuo ai dati raccolti. La valutazione non è solo sul progetto e sulla sua realizzazione, ma è anche prima del progetto e ne alimenta l'elaborazione.

In coerenza con tali principi, nella definizione dei percorsi per la valutazione nel lavoro dell'assistente sociale è opportuno, laddove possibile, seguire alcuni accorgimenti (da De Ambrogio 2007):

- **il coinvolgimento** (partecipativo e/o consultivo) nella valutazione dei diversi attori che partecipano all'erogazione dell'intervento e ne usufruiscono: gli enti erogatori, gli operatori, gli utenti, altri attori significativi coinvolti (gli ex utenti, le famiglie, la rete dei servizi interagenti ecc.);
- **la costruzione di percorsi** che permettano anche ai singoli soggetti coinvolti di realizzare un proprio autonomo micropercorso valutativo incentrato in tre passaggi: osservazione, valutazione, riprogettazione o suggerimento;
- **la costruzione di strumenti che abbiano caratteristiche di riproducibilità** nel corso del tempo e che permettano analisi di tipo sincronico e diacronico e di costruire per gli interventi sociali una "memoria" consultabile;
- **la costruzione di strumenti che possano essere utilizzati per valutazioni a più livelli** (da parte dell'utente, del familiare, dell'operatore, dell'equipe del servizio, dei supervisori, degli amministratori ecc.).

Esistono alcune linee guida, o punti di attenzione, che devono essere tenuti presenti se si vuole che le attività di valutazione, in qualunque modo vengano svolte, siano efficaci, cioè effettivamente utili e utilizzabili.

1. Innanzitutto, la valutazione deve essere guidata da un piano, o disegno di valutazione, che è opportuno costruire assieme al progetto di intervento o che deve costituirne parte integrante e accompagnarlo per tutta la sua durata. Se, infatti, il fine ultimo delle attività di valutazione è quello di ottenere stimoli per migliorare, riorientare o modificare le attività in corso, in una logica di apprendimento continuo, allora è necessario dotarsi sin dall'inizio di strumenti in grado di accompagnare e sostenere questo processo di riflessione e comprensione. Detto con una metafora, si può pensare alla valutazione come ad una "bussola", di cui dotarsi prima di intraprendere il cammino per essere sicuri che durante il percorso sia sempre possibile orientarsi, capire dove ci si trova, verificare la rotta, decidere di cambiarla.

2. La seconda linea guida, apparentemente ovvia, ma spesso disattesa, è che valutare non significa unicamente misurare. Troppo spesso, infatti, la preoccupazione principale in chi intraprende un'attività di valutazione è quella di raccogliere dati, talvolta in una logica autoreferenziale o di semplice rendiconto. Se, come già detto, la valutazione costituisce un processo di apprendimento e una risorsa per prendere decisioni, allora ciò che è veramente importante sono le interpretazioni, i giudizi, le riflessioni che si compiono su dati e informazioni. Per questo motivo, quando si intraprende un percorso di valutazione, l'attenzione principale deve essere rivolta verso che cosa effettivamente serva conoscere per poter prendere decisioni: dunque, ancora una volta, al caso, servizio o politica e ai suoi obiettivi.

3. La terza linea guida, infine, riguarda il fatto che, sin dall'inizio è utile che siano coinvolti nel disegno e nella gestione della valutazione più attori. La valutazione infatti sarà maggiormente efficace se coinvolgerà diversi stakeholder a titolo partecipativo o consultivo, poiché aumenterà la comprensione e la conoscenza reciproca, renderà maggiormente efficace il processo e restituirà il senso del proprio agire ai diversi soggetti in campo.

4. Il percorso di valutazione accompagna e sostiene i progetti e gli interventi sociali durante tutto il loro ciclo vitale, dalla fase di ideazione (valutazione ex ante) a quella di attuazione (valutazione in itinere) a quella finale e di eventuale riprogettazione (valutazione ex post o di risultato).

Ciò che ci interessa sottolineare in questa sede è che i contenuti delle diverse fasi valutative non sono in realtà indipendenti tra loro, bensì costituiscono parti di un unico processo di riflessione e apprendimento. Ad esempi, i dati raccolti per la valutazione di processo in itinere rappresentano una importante base informativa per una valutazione finale di risultato, così come le valutazioni a livello di singolo progetto o iniziativa alimentano la riflessione e la base conoscitiva per una valutazione più ampia a livello di politica territoriale.

Le tappe del disegno di valutazione

I passaggi metodologici funzionali a costruire un disegno di valutazione possono essere diversi a seconda degli approcci che si intendono adottare e dell'oggetto della valutazione. Quale che sia la scelta operata per avviare la costruzione del disegno valutativo, appare però sempre opportuno seguire un percorso articolato in diversi passaggi logici. Su tali passaggi i più diffusi approcci alla valutazione presentano accenti e sottolineature diverse, di seguito, viene presentato un percorso, articolato in undici punti. Non si tratta, come afferma De Ambrogio, del miglior percorso possibile, ma viene suggerito poiché è stato sperimentato con soddisfazione e successo in molte esperienze di valutazione con assistenti sociali, esso infatti si è rivelato utile sia che il focus fosse sul singolo caso, su un intervento o su una politica oppure sul lavoro dell' assistente sociale nel suo complesso.

Il percorso di costruzione del disegno di valutazione:

1. Individuazione della finalità della valutazione.
2. Esplicitazione dello scopo o della mission del progetto/intervento o politica che si intende valutare.
3. Identificazione delle dimensioni da valutare.
4. Determinazione dei criteri di valutazione.
5. Identificazione degli indicatori.
6. Identificazione degli strumenti per rilevare gli indicatori e delle fonti per raccogliere i dati e le informazioni.
7. Rilevazione sul campo.
8. Analisi dei dati e delle informazioni raccolte.
9. Valutazione vera e propria (espressione di un giudizio) e identificazione delle positività e criticità.
10. Individuazione degli obiettivi e delle strategie di miglioramento.
11. Restituzione dei risultati agli stakeholder (chi ha diritto di sapere e chi è utile che sappia).

L'esperienza suggerisce che la valutazione si compie (e ha senso) solo se si realizza il percorso sopra descritto per intero. Se invece si saltano dei passaggi (ad es. determinando degli indicatori senza avere definito i criteri sottostanti) sarà probabile che il percorso risulti confuso e, prima o poi, saremo costretti a tornare indietro ed esplicitare i passaggi mancanti. Se inoltre non si arriva alla fine (ad es. non identificando le strategie di miglioramento oppure omettendo la fase di restituzione) allora la valutazione risulterà incompiuta, monca, e probabilmente più che effetti virtuosi, orientati al miglioramento del sistema, potrebbe indurre effetti boomerang e provocare disagi, incomprensioni, difficoltà relazionali e favorire la costruzione di pregiudizi o illusioni negli attori.

Esaminiamo brevemente ciascun passaggio, corredandolo con semplici esempi relativi a un progetto su un caso di anziano in assistenza domiciliare (A) e a un servizio/intervento di assistenza domiciliare (B).

Per *finalità* della valutazione si intende la buona ragione che induce a valutare quel caso, intervento o politica; pare assolutamente ovvio che questa sia definita, tuttavia in molte circostanze abbiamo trovato esperienze che non avevano per nulla chiaro (né condiviso fra gli attori) la finalità della propria valutazione, per questa ragione ci sembra opportuno sottolineare e non dare per scontato tale passaggio.

A. Si intende valutare il fabbisogno dell'anziano signor X per definire il tipo di intervento più adatto a lui oggi (domiciliare, residenziale ecc.).

B. Si intende valutare l'intervento di assistenza domiciliare anziani, per meglio allocare le risorse disponibili.

2. Per scopo o mission si intende un paradigma di valore a carattere generale che orienta l'attività e i comportamenti di una politica, intervento o progetto sul caso, nel suo complesso e di tutti i suoi attori.

La mission in pratica esprime e definisce la funzione e gli indirizzi di fondo della politica, intervento o progetto sul caso.

A. Il progetto sul signor X si propone di mantenerlo al suo domicilio il più a lungo possibile, favorendo il mantenimento dell'autosufficienza e garantendogli sicurezza, dignità e compagnia nella sua vita quotidiana.

B. Il Servizio di assistenza domiciliare (SAD) garantisce degli interventi limitati nel corso della giornata, per prestazioni assistenziali, per la cura e l'igiene della persona e dell'abitazione, al fine di favorire il più possibile la permanenza dell'anziano e della persona disabile nel proprio contesto familiare e sociale. Il SAD si fonda sui seguenti valori: il rispetto dell'unicità della persona, il favorire e sostenere le scelte di vita individuali.

3. Per dimensioni da valutare si intendono gli aspetti specifici attorno ai quali focalizzare la valutazione, i quali riguardano i focus intorno a cui il processo valutativo si concentrerà.

A. Si indagherà il fabbisogno dell'anziano signor X in relazione al suo grado di autosufficienza.

B. Si indagherà la dimensione organizzativa del servizio erogato, oppure la dimensione relazionale o infine quella specificamente professionale (tecnico-metodologica).

4. Per criteri di valutazione si intendono i paradigmi di valore intorno ai quali focalizzare la ricerca valutativa; essi discendono direttamente dalla mission e sono coerenti con le dimensioni valutative.

A. Si indagherà se si è in presenza di capacità motorie, cognitive, se vi sono difficoltà relazionali, di socializzazione ecc.

B. Si indagherà se il servizio garantisce la continuità assistenziale, la tempestività dell'intervento, l'integrazione con altri servizi, la flessibilità organizzativa, la capacità relazionale degli operatori ecc.

5. Gli indicatori da individuarsi sono quelli che, fra loro connessi, "misurano" la realizzazione di un determinato criterio di valutazione.

A. Grado di autosufficienza/numero di ore di assistenza domiciliare quotidiane ricevute.

A. Tipo di bisogno/tipo di funzioni assistenziali ricevute.

B. Grado di soddisfazione degli utenti in ordine alla continuità della prestazione.

6. L'identificazione di strumenti e fonti informative consente di raccogliere i dati e le informazioni utili per dare un valore agli indicatori identificati.

A. Strumento: scheda di rilevazione del fabbisogno; fonte: osservazione operatore di riferimento.

B. Strumento: registri del servizio; fonte: operatore amministrativo. Oppure, strumento: questionario di soddisfazione; fonte: utenti.

7. La rilevazione dei dati e delle informazioni avviene utilizzando gli strumenti costruiti e attraverso le fonti informative identificate.

A. Si decide chi rileva le informazioni richieste dalla scheda, come (modalità relazionali) e quando (all'accesso, alla visita domiciliare ecc.).

B. Si decide come vengono somministrati i questionari di soddisfazione e con quali regole (anonimato ecc.).

8. Si procede all' analisi dei dati e delle informazioni raccolte sia attraverso l'analisi statistica, laddove è opportuno, sia attraverso semplici tabelle comparative per sintetizzare le informazioni qualitative raccolte.

A. Vengono letti i dati e le informazioni relative al fabbisogno del signor X e comparati con le informazioni sulla casistica già in possesso del servizio.

B. Vengono costruite distribuzioni di frequenza delle risposte date ai questionari di soddisfazione comparando anche fra di loro il sottogruppo degli utenti che sono stati soggetti a turnover da parte degli operatori con il sottogruppo di coloro che non hanno subito alcuna forma di turnover.

9. Siamo giunti alla valutazione vera e propria: sulla base delle analisi svolte, gli attori interessati esprimono giudizi sulle positività e criticità emerse, finalizzati a individuare le aree di miglioramento.

A. L'assistente sociale convoca "operatore di riferimento per valutare i risultati dell'analisi del fabbisogno del signor X e insieme esprimono giudizi sulle risorse e sulle criticità dell'anziano fino a stimare le risorse che il servizio deve investire per soddisfare il fabbisogno del signor X.

B. L'assistente sociale coordinatore convoca l'équipe di assistenza domiciliare per valutare i risultati del questionario di soddisfazione connessi con "analisi delle sostituzioni ed esprimere giudizi sui punti di forza e criticità dell'attuale modello organizzativo.

10. A questo punto si procede con l'identificazione delle strategie di miglioramento: si decidono le azioni che si intendono implementare per realizzare i miglioramenti ipotizzati.

A. Vengono aumentate o diminuite le ore di assistenza al signor X. Vengono cambiate le funzioni assistenziali richieste (igiene personale, pulizia casa ecc.).

B. Viene rivisto il sistema delle sostituzioni/turni di lavoro per mantenere la continuità assistenziale.

11. Infine si prevede un piano di restituzione dei risultati della valutazione agli stakeholder ponendosi due domande: chi ha diritto di sapere? chi è utile che sappia?

A. Vengono informati gli operatori di base (assistenti domiciliari) sul fabbisogno valutato del signor X, discutendo le specifiche strategie di intervento possibili. Viene informato ('utente, e/o i suoi familiari, sui risultati dell'analisi del fabbisogno e sul progetto di intervento che si è ipotizzato.

B. Vengono informati i dirigenti e gli amministratori dei risultati della valutazione e vengono loro proposte possibili strategie di investimento per lo sviluppo del servizio. Vengono informati gli utenti e i loro familiari sull'esito della valutazione e vengono loro comunicate le strategie di miglioramento che si è deciso di adottare. Viene costruita la Carta del servizio e diffusa alla cittadinanza (legge 328/2000, art. 13), precisando i risultati della valutazione e gli standard di qualità che il servizio intende garantire per il futuro.

Come abbiamo già osservato, è cruciale, a nostro avviso, che il percorso valutativo giunga al termine, cioè rispetti tutti i diversi passaggi della sequenza proposta.

Troppe volte abbiamo incontrato valutazioni "abortite", cioè che si sono impaludate, non avendo ad esempio definito chiari criteri prima di determinare gli indicatori, oppure che si sono fermate alla descrizione "asettica" di risultati di rilevazioni, senza formulare giudizi, obiettivi di miglioramento e strategie operative o, infine, senza comunicarli a coloro i quali ne avrebbero fatto un uso costruttivo.

Capacità del professionista di conciliare l'esigenza di standardizzazione con la tutela della specificità professionale, nell'ottica della complessità

La peculiarità del lavoro dell'Assistente Sociale, caratterizzato dalla produzione di beni immateriali e relazionali in contesti ad elevata complessità crea non poche difficoltà all'utilizzo di tecniche valutative. D'altronde le pressioni delle recenti normative per l'attenzione alla programmazione e di conseguenza a predefinire obiettivi, costi, azioni e relativi controlli per migliorare la produttività ed i servizi hanno implementato sempre più la pratica della valutazione anche nei servizi sociali e soprattutto in quelli socio-sanitari. La cultura della misurazione, se da un lato ha avuto il pregio di dare maggiore oggettività e trasparenza all'azione professionale dall'altro si evidenziano i limiti per i servizi alla persona che per loro natura per essere efficaci devono rispondere a principi di flessibilità e di personalizzazione. La crescita dei bisogni da una parte e la molteplicità delle opzioni professionali hanno, nel tempo, fatto sentire agli operatori la necessità sempre più urgente di ricorrere a strumenti in grado di migliorare le proprie conoscenze e competenze per poter disporre di parametri di riferimento coerenti con il mandato tecnico-professionale. Tenendo conto, quindi, che l'oggettività assoluta nel campo dei servizi sociali non potrà mai essere raggiunta si è, però, consolidata la preoccupazione di impostare le pratiche di valutazione su metodiche il più possibile oggettive. Infatti si è abbastanza consapevoli che la valutazione di un caso, di un intervento, ecc. non possono essere effettuate a posteriori se in precedenza non sono stati predefiniti obiettivi e strumenti.

La normativa evidenzia la valutazione sia come rendicontazione e sia come processo di apprendimento per migliorare i servizi. Il servizio sociale dovrebbe riuscire a ad accogliere e conciliare entrambe le esigenze, producendo strumenti per comunicare sia misure che giudizi di merito. Se prevale la prima l'operatore corre il rischio di perdere la specifica valenza professionale, se prevale la seconda, invece, diventa autoreferenziale e corre il rischio di non dialogare in modo comprensibile con gli altri elementi del sistema e che il suo operato venga giudicato con criteri stabiliti da altri.

L'intervento professionale sembra consistere sempre più nella gestione della complessità. Poiché il problema della multidisciplinarietà non può essere ridotto a una semplice combinazione di saperi, diviene necessario approfondire la riflessione sulla propria specificità epistemologica attraverso un rapporto dialettico con altre discipline, in quanto solo una lettura condivisa può garantire un processo d'aiuto rispettoso delle individualità e soggettività dell'utente. (Campanini, Prizzon 2007)

Perché l'assistente sociale sia in grado di soddisfare gli indicatori solitamente utilizzati per valutare se gli obiettivi sono stati raggiunti (capacità di risposta vs attese dell'utente; equità risposta vs risorse attingibili; capacità di risposta vs aspettative istituzionali), deve disporre di uno scenario realistico entro il quale definire i risultati da conseguire. La valutazione inizia dunque prima dell'intervento professionale quando, accolta la richiesta e analizzata la domanda, si ipotizza il problema (dimensioni ed entità); si delimitano con i soggetti e le risorse coinvolte, le traiettorie degli obiettivi, i risultati attesi e il piano di sviluppo; si esplicitano le aspettative, le scelte valoriali e le conseguenti strategie e modalità di esecuzione.

Le criticità connesse all'applicazione del processo valutativo possono manifestarsi in 2 atteggiamenti: la tendenza a soffermarsi più sui risultati di processo che di esito; la difficoltà, legata alla complessità della misurazione dei risultati, di documentare l'efficacia di interventi particolari.

Per ovviare a ciò può essere utile sia considerare la valutazione in termini di circolarità e trasversalità al processo, sia procedere verso una precisa definizione delle aree ritenute significative per la valutazione.

La letteratura offre un valido supporto per la produzione di indicatori da utilizzare a livello macro, che più rispondono alle esigenze di misurare gli esiti di progetti e programmi collettivi (evaluation), mentre è carente di indicatori applicabili al caso singolo (assessment) eccetto per l'area dell'autonomia. Non pare esserci pertanto alternativa che la costruzione di ipotesi e la loro validazione sia nel contesto universitario che nei contesti operativi. La validità dell'azione di valutazione nel servizio sociale dipende dalla necessità di procedere rispondendo ai seguenti requisiti:

- a) l'affidabilità dei dati raccolti
- b) la definizione delle aree significative e dei relativi contenuti
- c) la determinazione degli indicatori per ogni area
- d) la definizione per ogni indicatore delle diverse variabili e attribuzione a ognuno di un valore convenzionale per la costruzione di indici di sintesi

Per una valutazione qualitativa e di merito dell'assistente sociale è utile tenere presente i seguenti cinque principi:

Principio di autovalutazione: *ogni soggetto interessato dalla valutazione è responsabile e primo utilizzatore della propria valutazione.*

La valutazione, come si è già detto, non va assimilata a una semplice azione di controllo.

Va oltre il controllo e costituisce un momento di verifica e apprendimento per il miglioramento dei risultati, nel quale ciascun soggetto si mette in gioco, essendo responsabile e primo fruitore della propria valutazione, acquisendo suggerimenti per migliorare il proprio operato in relazione all'obiettivo comune

Principio dei diversi livelli di valutazione: *il processo di valutazione interessa tutti i livelli istituzionali coinvolti nell'erogazione di un intervento o di una politica sociale.* Ogni livello -utenti, singoli operatori, equipe, ente locale, Provincia, Regione- trae dai percorsi valutativi interessanti informazioni per valutare i risultati ottenuti dalle proprie politiche e, di conseguenza, il proprio operato.

Dalla lettura congiunta di questi due principi ne consegue che in tali processi è superata una stretta separazione di ruoli fra valutatore e valutato, i soggetti in campo sono infatti tutti, pur in misura diversa, valutatori di se stessi e delle proprie politiche e interventi.

Principio di non autoreferenzialità: *le valutazioni vanno condotte, per quanto possibile, sulla base di connessioni di più fonti e riscontri oggettivi.* Il tema della presunta oggettività o non oggettività dei processi valutativi è ampiamente dibattuto. Noi, senza la pretesa di risolvere una questione annosa e aperta, ci limitiamo a presentare un contributo che riteniamo particolarmente utile per il nostro campo(quello dei servizi sociali)

Principio di confrontabilità: *le valutazioni devono essere condotte sulla base di criteri di giudizio e metodo omogenei, e permettere confronti nel corso del tempo, anche fra esperienze.*

Tali confronti vanno condotti dedicando attenzione al confronto per facilitare il miglioramento di ciascun intervento o programma.

Principio di trasparenza: *le valutazioni devono essere condotte sulla base di criteri di trasparenza, ovvero attraverso attività chiare, esplicite e documentate, per i diversi livelli e soggetti coinvolti.*

Le valutazioni rappresentano anche una opportunità di chiarezza di relazioni e trasparenza fra i soggetti coinvolti.

Aspetti teorici e individuazione di strumenti per la costruzione di un percorso di valutazione

Uno specifico problema da affrontare nella costruzione del disegno di valutazione è quello relativo alla scelta del metodo e degli strumenti da utilizzare infatti “ al valutatore e a tutte le parti interessate spetta decidere quali metodi e strumenti adottare, in base alle esigenze specifiche” (Stame 2001).

Gli strumenti per la raccolta dei dati e delle informazioni, comunque, possono essere quantitativi, cioè finalizzati alla raccolta di informazioni numeriche, o qualitativi, cioè deputati alla raccolta di informazioni esprimibili con parole. I più recenti orientamenti sono unanimi nell'indicare come il mix fra i due tipi di

strumenti sia quello che garantisce i risultati migliori dal punto di vista della qualità e della completezza delle informazioni raccolte.

Per conseguire una valutazione sistematica, infatti, il professionista deve raccogliere quotidianamente dati accurati in modo da poter dimostrare il percorso di sviluppo alla persona e/o i cambiamenti al servizio. Tali dati necessitano di un sistema di raccolta caratterizzato da semplicità (\Rightarrow rapidità e percezione dell'efficacia), specificità (\Rightarrow utilizzabile da tutti i colleghi), modularità (\Rightarrow delimitazione delle aree), informatizzazione (Cartella Sociale).

L'implementazione di un sistema di valutazione organico e strutturato può incontrare, inoltre, anche delle critiche da parte dei professionisti che lo applicano. In particolare tali critiche possono essere mosse verso la burocratizzazione del compito, la funzione di controllo che limita l'azione, le difficoltà di applicazione a situazioni particolari, il confronto impari con altri strumenti di assessment utilizzati da altre figure professionali.

La promozione di un approccio professionale positivo e costruttivo nei confronti delle persone può essere implementato evidenziando criticità e dimensioni positive che appartengono al soggetto e al suo contesto di vita. Di cruciale importanza diventa per il professionista conciliare l'esigenza di standardizzare con quella della tutela della specificità. In particolare all'assistente sociale compete produrre una valutazioni su alcune specifiche aree: l'abitazione, le relazioni familiari, le relazioni sociali, la salute (le conseguenze del venir meno della salute), la situazione economica, il lavoro (qualifica professionale, mansioni svolte, ubicazione del luogo di lavoro, peculiarità sociali dell'ambiente lavorativo, livello di soddisfazione), l'istruzione, l'autonomia, le dipendenze, la posizione giudiziaria.

Ogni area individuata contiene indicatori di benessere e criticità.

Specificare l'esistenza, il rilievo, la durata e la frequenza delle difficoltà incontrate dalla persona e/o dal nucleo familiare secondo sistemi di misurazione fornisce all'assistente sociale un punto di partenza per decodificare le criticità e un punto di arrivo per valutare gli esiti dell'intervento. La chiave per identificare le criticità sta nel definire le variabili sensibili di cambiamento o assenza di esso.

E' possibile delimitare le variabili attraverso alcuni indicatori. Le variabili volte a raccogliere le caratteristiche della persona contengono dati di tipo sociodemografico osservabili dall'esterno, che tendono a rimanere stabili nel tempo. Quelle relative a conoscenze, abilità ed acquisizioni raccolgono informazioni circa le competenze legate a percorsi formativi e a occasioni di apprendimento e sono sensibili al cambiamento. Infine le variabili relative ad atteggiamenti, convinzioni e valori raggruppano le percezioni che l'utente ha di sé e del contesto nel quale vive.

La misurazione dei fattori osservabili permette all'assistente sociale di uscire dalla vaghezza e/o eccessiva astrazione ancorando l'analisi della situazione ad una specifica e peculiare concretezza.

L'utilizzo di una scala di misurazione permette di descrivere i diversi gradi di importanza del problema. Nella formulazione degli indicatori bisogna tener presente che questi debbono essere affidabili e validi. L'affidabilità attiene al grado di coerenza degli elementi considerati, ovvero alla possibilità di applicare ripetutamente lo stesso strumento di misurazione nel tempo. La validità è data dal grado di corrispondenza tra il concetto da misurare e l'indicatore utilizzato per misurare il concetto. Esso implica una stabilità di risposte a parità di condizioni di impiego della variabile e del suo indicatore.

Criteri di misurazione è necessario ancorarli a criteri di affidabilità e validità; la soluzione consiste nell'individuare una misura capace di conservare gli aspetti qualitativi propri della situazione, senza rinunciare a una metrica. (C. Prezzan in Campanili 2007)

Indicatori di misurazione e tipologie di scala

Indicatore di misurazione	Tipo di scala	Esempio
Esistenza del problema	Nominale	Va a scuola: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Gravità del problema	Ordinale	Esecuzione dei compiti scolastici in autonomia: 1___2___3___4___5 mai da solo sempre da solo

Durata del problema

A intervalli

La persistenza di un disturbo del funzionamento secondo un punteggio dato misurando con un test: $< x >$ al mese

La valutazione per essere adeguata implica necessariamente che a monte vi sia la disponibilità dell'operatore e dell'utente di scambiarsi informazioni utilizzando capacità di analisi e auto-osservazione. Tutte le scale di assessment consistono in compiti che sono presentati al soggetto allo scopo di esplicitare un qualche tipo di risposta cui si possa attribuire un punteggio.

Il processo valutativo è un processo partecipato e l'efficacia della valutazione dipende anche dalla relazione che si sviluppa tra i soggetti e dalla capacità di cogliere le prospettive alternative come traccia da utilizzare nella costruzione di significato.

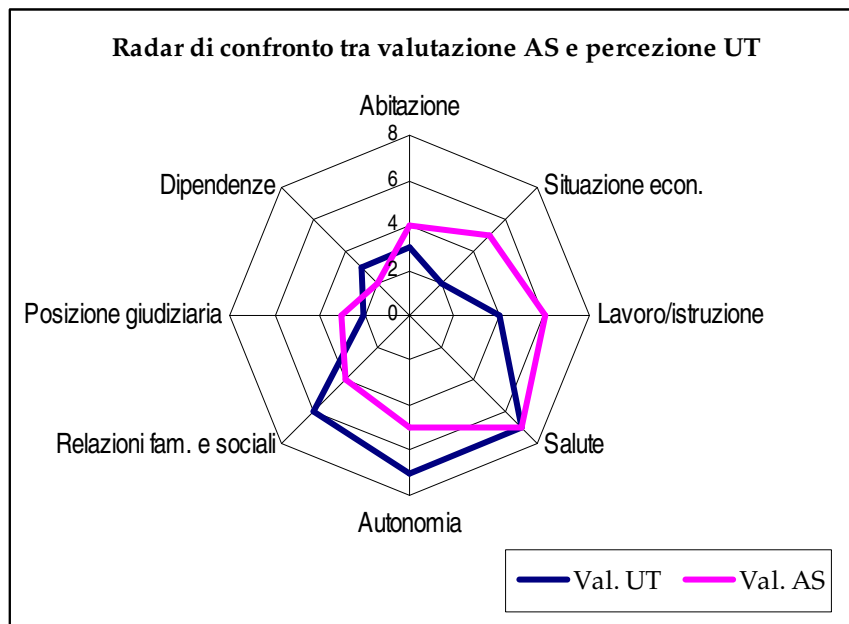
Questa prospettiva conduce all'apparente paradosso secondo il quale l'utente, seppure con limitate capacità di analisi della realtà e di comunicazione verbale, sia però depositario di conoscenze e competenze da utilizzare per osservare e partecipare al processo di cambiamento.

Un modo per raccogliere la valutazione che l'utente fornisce della propria situazione e delle sue criticità può essere rappresentato da una scheda di valutazione che si consegna alla persona o al caregiver al termine delle fasi di valutazione che caratterizzano la relazione d'aiuto.

Scheda di valutazione partecipata

Area	7	6	5	4	3	2	1	0
abitazione								
relazioni familiari								
Relazioni sociali								
salute								
situazione economica								
lavoro								
istruzione								
autonomia								
dipendenze								
posizione giudiziaria								

Il professionista utilizza le proprie competenze per condividere con l'utente un pensiero critico sulla situazione vissuta. Facendo leva sulle conoscenze possedute dalla persona, l'assistente sociale può svolgere un ruolo di accompagnamento competente. La scheda di valutazione partecipata diventa una scheda di valutazione dialogica rappresentata da un grafico a radar assume un significato particolare. Tale strumento permette di confrontare gli elementi che compongono la valutazione dell'utente con quelli individuati dall'assistente sociale.



La valutazione dialogica è finalizzata a condividere non solo i risultati ma anche le responsabilità per la ricerca collaborativa e convergente delle possibili soluzioni. La complessità è così affrontata in modo positivo.

La condivisione dei risultati della valutazione così concepita non rappresenta solo un feed back sulla situazione e sui modi diversi di percepirla ma un punto di partenza per ridefinire e migliorare gli interventi di un professionista.

Strumenti più utilizzati per la raccolta dei dati da parte dell'assistente sociale: la cartella sociale

Nella cartella sociale l'assistente sociale, nel lavoro diretto con l'utenza, deve assicurare la raccolta e la registrazione dei dati secondo le modalità che fanno parte del rapporto quotidiano dell'utenza e dell'istituzione di appartenenza. I dati ottenuti a livello del singolo utente possono essere aggregati per valutare gli esiti del servizio nella sua globalità.

La cartella sociale, infatti, se ben impostata ed articolata, può costituire lo strumento di valutazione dell'evoluzione dei bisogni espressi del territorio e dei bisogni impliciti, nonché strumento di monitoraggio e valutazione del sistema dei servizi del territorio nel rispondere ai bisogni della comunità.

Per riuscire a trasformare i dati raccolti in informazioni per la gestione necessitano di un sistema caratterizzato da alcuni elementi:

- semplicità, per conciliare la rapidità d'uso con la percezione di efficacia;
- specificità, utilizzabile da tutti i professionisti e adattabile alle varie tipologie di utenza;
- modularità, possibilità di utilizzare solo le parti interessate al caso;
- informatizzazione, un programma elettronico per aggregare e analizzare i dati.

Spesso gli assistenti sociali considerano l'attività rivolta alla valutazione ed alla rendicontazione come energie distolte al "fare".

Le resistenze che a volte l'operatore ha riguardano più livelli:

- una svalutazione della necessità di disporre di uno strumento capace di leggere i bisogni dell'utenza e del territorio e di monitorare l'adeguatezza delle risorse;
- la percezione di non disporre di dati utili al monitoraggio e alla valutazione del lavoro perché non ne valutano la validità;
- una scarsa capacità di negoziare con il proprio Ente, il tempo da dedicare alla raccolta dei dati;
- raccoglie i dati in modo estemporaneo e non sistematico;
- una svalutazione del buon uso del sistema informatico. (da Campanini 2007)

Il questionario

Strumento molto utilizzato, consiste in un elenco scritto di domande preparate secondo determinate regole e proposte all'intervistato esattamente nella forma in cui sono state scritte. Può essere utilizzato in indagini campionarie (survey) o non campionarie.

Le prime comportano la somministrazione di tale strumento a un notevole numero di persone, calcolato con strumenti statistici ed estratto con particolari procedure per garantire la massima rappresentatività possibile degli intervistati rispetto all'intera popolazione considerata. Si tratta di uno strumento che si presta a essere utilizzato nell'analisi dei bisogni e soprattutto nella valutazione ex post degli esiti e degli impatti, ambiti nei quali il ricorso a fasi di indagine campionaria può consentire di giungere a una comprensione significativamente adeguata dei fenomeni osservati (Bezzi, 2003 a).

Come strumento di rilevazione, tuttavia, il questionario può essere utilizzato anche in contesti più limitati, senza essere necessariamente inserito in indagini campionarie.

Presenta come vantaggi la semplicità di somministrazione, la relativa facilità di costruzione e il fatto che con lo stesso questionario si possono ottenere informazioni relative a diversi indicatori.

Non mancano però svantaggi: la sua struttura, soprattutto se prevede risposte chiuse, costringe l'intervistato a un dato livello, non potendo questi testimoniare della realtà al di sotto e al di sopra dei parametri previsti dalle domande, il che comporta il rischio di una comprensione parziale, o addirittura imprecisa, dei fenomeni oggetto di indagine; sul versante opposto, il questionario espone al rischio di rilevare molte informazioni difficilmente sintetizzabili, rischio che aumenta qualora vengano utilizzate risposte aperte la cui codifica può risultare particolarmente laboriosa e discrezionale (Leone, Prezza, 2001).

Approcci e metodi di analisi e di valutazione applicativi al lavoro sociale

(M. Dotti) in: Campanini A.M. op. cit.

L'evidence-based practise è un approccio che ha acquisito una grande rilevanza nel mondo sanitario e sta interessando anche le professioni sociali, soprattutto a livello accademico, mentre nel lavoro operativo non rappresenta ancora un riferimento teorico e metodologico riconosciuto. Consiste nell'utilizzo accurato, esplicito e sensato delle migliori evidenze empiriche disponibili da parte del professionista (sanitario o sociale) chiamato a prendere decisioni in merito alla salute o al benessere del proprio paziente o utente. Tale utilizzo richiede e si basa su abilità specifiche che consentono di valutare in modo sistematico e oggettivo sia le evidenze esterne, sia l'esperienza soggettiva dell'interessato (autoapprendimento).

Nel lavoro sociale tale approccio presenta aspetti innovatori. Il ricorso alla razionalità tecnico-professionale e nello specifico alle evidenze empiriche può portare sia all'efficacia della pratica lavorativa quotidiana, sia al contenimento delle spese gestionali.

Alcuni autori evidenziano le loro perplessità verso questo approccio applicato al lavoro sociale, per le premesse in esso contenute di razionalità che unite alle esigenze di scientificità (intesa in senso sperimentale) da esso promosse, rischierebbero di minare seriamente le caratteristiche proprie del servizio sociale trasformando l'esercizio della professione in mero decisionismo operativo.

L'approccio dell'EBP nell'ambito sociale ha queste caratteristiche fondamentali:

- a) la pratica è basata su un'evidenza empirica che, identificando nessi causali fra fenomeni, possa dare maggiore garanzia di successo;
- b) si riconosce una gerarchia delle evidenze (controllo delle variabili);
- c) si definisce un'ipotesi causale da verificare circa il caso da affrontare;
- d) si presta attenzione agli effetti (più che ai processi) dell'intervento.

Nell'approccio EBP si rifiuta il monopolio della conoscenza del solo professionista in virtù del ruolo, ma si cerca di rispettare le opinioni di tutti i soggetti coinvolti e interessati, purché fondate e valide. Il rischio è quello naturalmente di sovraccarico di dati, di risultati di ricerche che necessitano di essere discusse, confrontate, contestualizzate.

Chiaramente l'EBP non può essere applicato indistintamente a tutto il lavoro sociale, poiché non prende sufficientemente in esame il fatto che nei processi decisionali del servizio sociale intervengono una molteplicità di fattori e influenze (deontologia professionale, riferimenti valoriali, stakeholders).

L'e
-ba
pro

Nel lavoro sociale è sempre più evidente l'importanza di strutturare buone prassi valutative, poiché queste permettono di evidenziare i diversi step necessari per attuare, insieme all'utente, interventi significativi di miglioramento delle condizioni di disagio.

Il metodo Plan Do Check Act (PDCA) è considerato un'importante metodologia per affrontare in modo processuale la messa a punto di un progetto e la sua implementazione. L'acronimo PDCA sta per: Plan – pianificazione; Do – esecuzione; Check – verifica; Act – sistematizzazione.

Tale metodo, riportato nel lavoro sociale, si articola in 4 fasi:

- 1) Fase Plan → si identificano ed esplicitano insieme all'utente i problemi individuati nella situazione, motivare il perché si decide di affrontare quelli ritenuti prioritari, definire i diversi obiettivi del progetto di intervento e i possibili vantaggi;
- 2) Fase Do → si individuano gli operatori in grado di lavorare nel modo concordato e si predispongono gli strumenti e le risorse per le attività previste (solo successivamente si passa alla loro realizzazione);
- 3) Fase Check → una volta realizzate le attività previste, si verifica che queste siano state eseguite secondo le modalità programmate e che vi sia congruenza tra gli obiettivi e i risultati finali;
- 4) Fase Act → si esplicita attraverso due possibili modalità:
 - Se la fase Check verifica il raggiungimento dell'obiettivo si procede con la standardizzazione dell'intervento attraverso la messa a punto di una procedura e di prassi operative che per altri casi analoghi possano rendere più veloce e affidabile il processo di intervento;
 - Se la fase Check verifica il non raggiungimento dell'obiettivo, è necessario ritornare alla fase Plan, per reimpostare la pianificazione e ripetere il ciclo.

Secondo la logica del miglioramento continuo della qualità, anche il metodo presentato dovrebbe prevedere la valutazione periodica dell'intervento a breve termine, subito dopo l'implementazione dello stesso, così pure una valutazione a medio-lungo termine per verificarne la tenuta e comunicarne i risultati. Nel sociale l'attuazione di questa processualità può essere resa complessa dalla compresenza di diverse variabili che rendono difficile effettuare una verifica e una valutazione sulla tenuta di certi risultati.

Sintesi del ciclo PDCA

Fase	Sviluppo
Plan	<ol style="list-style-type: none">1. Impostazione2. Documentazione sulla situazione3. Analisi del problema4. Progettazione delle azioni
Do	<ol style="list-style-type: none">1. Coinvolgimento delle persone interessate alla realizzazione dell'intervento2. Preparazione dell'intervento3. Esecuzione
Check	<ol style="list-style-type: none">1. Verificare che l'intervento sia stato condotto nei termini previsti e progettati2. Controllare i risultati con gli obiettivi iniziali3. Confermare l'efficacia dell'intervento e individuare vantaggi e svantaggi connessi
Act	<ol style="list-style-type: none">1. "Standardizzare" le azioni, controllarle, istituire "prassi operative"2. Formare in tal senso i professionisti3. Programmare verifiche sulla validità delle prassi (tempi e modalità)4. Procedere a un eventuale PDCA sullo stesso tema o su un altro.

L'analisi SWOT, nata nell'ambito dell'economia aziendale (strategie di marketing), è utilizzata anche come supporto alle scelte di intervento pubblico con l'obiettivo di analizzare scenari alternativi di sviluppo. Attualmente quest'analisi è spesso utilizzata nella valutazione di fenomeni o progetti di intervento in ambito sanitario sociale poiché permette di sistematizzare e rendere immediatamente fruibili informazioni fondamentali. L'acronimo SWOT deriva dalle chiavi di lettura utilizzate per l'individuazione del fenomeno in esame:

- Strengths (punti di forza)
- Weaknesses (punti di debolezza)
- Opportunities (opportunità)
- Threats (minacce)

Le prime due categorie, punti di forza e punti di debolezza, riguardano i fattori endogeni: prendono in considerazione le variabili che sono parte integrante del sistema stesso, sulle quali è possibile intervenire per perseguire gli obiettivi prefissati. L'analisi riguarda particolarmente le condizioni di vantaggio/svantaggio in relazione al progetto/fenomeno preso in considerazione attraverso l'impiego di specifici fattori sociali, territoriali e strutturali.

I fattori esogeni sono le variabili esterne al sistema in grado di condizionarlo in senso positivo o negativo e si riferiscono rispettivamente alle categorie delle opportunità e delle minacce. In questo caso l'intervento diretto di governo del fenomeno/progetto diventa quasi impossibile, tuttavia, l'individuazione delle caratteristiche dei fattori esogeni, della loro evoluzione e del relativo impatto sul sistema può consentire la predisposizione di misure atte a prevenire/ridurre i prevedibili effetti negativi e a sottendere/favorire quelli positivi. L'individuazione delle opportunità e delle minacce, a differenza dei punti di forza e di debolezza, deriva da valutazioni con un certo grado di incertezza che possono essere suffragate, soprattutto in ambito economico, da modelli di simulazione dell'impatto dei fattori esogeni.

La validità dell'analisi SWOT dipende dall'accuratezza dell'analisi preliminare dei fattori esogeni ed endogeni e rimane prevalentemente di carattere soggettivo. La metodologia SWOT risulta particolarmente efficace se, oltre alla capacità di sintesi insita nello strumento, permette di giungere a una lettura incrociata dei fattori individuali, tali da formulare indicazioni per la definizione delle strategie di intervento.

Diagramma di rappresentazione dell'analisi SWOT

Strength (punti di forza)	Weaknesses (punti di debolezza)
1. ...	1. ...
2. ...	2. ...
...	...
Opportunities (opportunità)	Threats (minacce)
1. ...	1. ...
2. ...	2. ...
...	...

La metodologia SWOT facilita l'individuazione di priorità di intervento, supportando i processi decisionali. La matrice SWOT, un'altra modalità di rappresentazione dell'analisi, mette in diretta relazione i punti di forza e di debolezza con le opportunità e le minacce, consentendo di enucleare le possibili strategie da sviluppare per far leva sulle opportunità esogene da attuare per contenere preventivamente l'impatto dei fattori di rischio.

	Strenght (punti di forza)	Weaknesses (punti di debolezza)
Opportunities (opportunità)	S-O →sfruttamento di opportunità endogene che investono in modo diretto i punti di forza del sistema	W-O →superamento dei punti di debolezza per sfruttare le opportunità che si aprono
Threats (minacce)	S-T →individuazione delle modalità attraverso le quali utilizzare i punti di forza per attenuare o eliminare le minacce esogene	W-T → individuazione dei piani di difesa per evitare che le minacce esterne acuiscano i punti di debolezza

In conclusione, il maggiore interesse del Servizio Sociale nei confronti della valutazione del proprio operato costituisce un segnale positivo, riconducibile alla maturazione della comunità professionale che, avendo ottenuto riconoscimenti formali (formazione universitaria, albo professionale, codice deontologico), è più libera di porsi interrogativi rispetto all'efficacia del proprio intervento.

Esistono ancora comunque resistenze e difficoltà quali la mancanza di un linguaggio comune, di un sistema di significati condivisi.

Il primo passaggio per sviluppare processi valutativi è consistito in un lavoro di riflessività, orientato all'autovalutazione, volto a far emergere la qualità dell'intervento professionale nelle diverse fasi del processo metodologico e finalizzato all'individuazione di possibili indicatori.

Alcune esperienze formative poi hanno dato origine alla costruzione di possibili strumenti valutativi per il servizio sociale.(da Campanini 2007)

Bibliografia

Si fa notare che le presenti dispense sono state elaborate facendo la sintesi anche di alcune parti dei sotto elencati libri che trattano l'argomento:

De Ambrogio,Bertotti, Merlini “ L'Assistente Sociale e la valutazione” Carocci Faber 2007
AAVV a cura di Campanini “La Valutazione nel Servizio Sociale” Carocci Faber 2007
Gui “ Le sfide Teoriche del Servizio Sociale” Carocci Faber 2007
Stame “L'esperienza della valutazione” “Collana di Studi sociali”1998

PROVINCIA DI ROMA.

Corso di aggiornamento

IV GIORNATA

ASPETTI TECNICI E METODOLOGICI NELLA VALUTAZIONE DELL'INTERVENTO NELLA RELAZIONE D'AIUTO.

Presentazione di esperienze.

Dott.ssa G. SAMMARCO

Dott.ssa A. Di Prinzio

VALUTAZIONE NEL PROCESSO D' AIUTO

La valutazione nel processo d'aiuto è una fase di fondamentale importanza, che consiste in un processo continuo di correlazioni di informazioni, necessario per un'adeguata conoscenza e comprensione della situazione delle persone coinvolte.

VALUTAZIONE E RELAZIONE DI AIUTO

- La valutazione è considerata un processo di conoscenza necessario per assumere decisioni e adottare comportamenti conseguenti.
 - Consente di selezionare, respingere, organizzare, associare, classificare, raccogliere, elaborare, costruire progetti, idee, azioni.
 - E' stata definita "un percorso di costruzione dotato di significato" (U. De Ambrogio)
 - E' possibile valutare la qualità nei Servizi che fondono il proprio intervento su base relazionale sia a livello MICRO (con l'utente/cliente/cittadino), sia a livello MACRO, nella comunità, (i progetti e le politiche pubbliche) con i soggetti collettivi presenti nella comunità
 - L'efficacia della valutazione dipende anche dalla relazione che si instaura fra i soggetti interessati. (da Campanini 2007)
-

VALUTAZIONE E RELAZIONE D'AIUTO NELLE DIVERSE FASI DEL PROCESSO

La valutazione è un'azione continua che accompagna tutto il percorso del processo d'aiuto, anche se assume finalità diverse nelle diverse fasi :

Nella fase di accoglienza	Per decidere la presa in carico
Nella raccolta degli elementi necessari	Per l'elaborazione del progetto d'intervento
Nella realizzazione del progetto e nella fase conclusiva	Per comprendere se si stanno raggiungendo gli obiettivi e/o se utile ripensare il progetto

SCHEMA DI VALUTAZIONE NEL PROCESSO DI AIUTO :

- ✓ Individuazione delle informazioni
- ✓ Analisi della situazione/problema
- ✓ Fattori ambientali e relazionali riguardanti il problema
- ✓ Caratteristiche dell'utente
- ✓ Altri fattori implicati nella situazione/problema
- ✓ Attualità del problema e priorità
- ✓ Risorse per la soluzione (risorse materiali di rete):
 - a) risorse-capacità dell'utente di far fronte al problema
 - b) risorse esterne (famiglie, ente, comunità).
- ✓ Valutazione del potenziale di cambiamento
- ✓ Finalità dell'intervento
- ✓ Obiettivi dell'intervento sociale
- ✓ Strategie di intervento

(Fonte: Bartolomei A., Passera AL., Manuale di Servizio Sociale ed. Cierre 2006)

SCHEMA DI RIFERIMENTO

Valutazione:

- | | |
|---------------|----------------------------|
| 1. ex ante | a) di esito (out put) |
| 2. in itinere | b) di risultato (out come) |
| 3. ex post | c) di impatto |

1. Ex ante - Comparazione tra attività progettata per scegliere tra alternative possibili e modalità di esecuzione del progetto.
2. In itinere - Durante la relazione per confermare l'ipotesi o modificare in corso d'opera.
3. Ex post - evidenza se le politiche e gli interventi sono stati realizzati, se questi sono positivi o negativi rispetto ai benefici ipotizzati o alle risorse impiegate, se gli interventi hanno effettivamente dato luogo ai benefici che ci si proponeva di ottenere.

(Fonte: Campanini 2007)



INTEGRAZIONE TRA VALUTAZIONE, PROGETTAZIONE E VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

1/2

Nella definizione dei percorsi di valutazione nel lavoro dell'assistente sociale è opportuno seguire alcuni accorgimenti:

- il coinvolgimento (partecipativo e/o consultivo) nella valutazione dei diversi attori che partecipano all'erogazione dell'intervento e ne usufruiscono: gli enti erogatori, gli operatori, gli utenti, altri attori significativi coinvolti (gli ex utenti, le famiglie, la rete dei servizi interagenti ecc.)
 - la costruzione di percorsi che permettano anche ai singoli soggetti coinvolti di realizzare un proprio autonomo micropercorso valutativo incentrato in tre passaggi: osservazione, valutazione, riprogettazione o suggerimento;
-



INTEGRAZIONE TRA VALUTAZIONE, PROGETTAZIONE E VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

2/2

- la costruzione di strumenti che abbiano caratteristiche di riproducibilità nel corso del tempo e che permettano analisi di tipo sincronico e diacronico e di costruire per gli interventi sociali una "memoria" consultabile
 - la costruzione di strumenti che possano essere utilizzati per valutazioni a più livelli (da parte dell'utente, del familiare, dell'operatore, dell'equipe del servizio, dei supervisori, degli amministratori ecc.). (da De ambrogio 2007)
-

IL PERCORSO DI COSTRUZIONE DEL DISEGNO DI VALUTAZIONE

1. Individuazione della finalità della valutazione.
 2. Esplicitazione dello scopo o della *mission* del progetto/intervento o politica che si intende valutare.
 3. Identificazione delle dimensioni da valutare.
 4. Determinazione dei criteri di valutazione.
 5. Identificazione degli indicatori.
 6. Identificazione degli strumenti per rilevare gli indicatori e delle fonti per raccogliere i dati e le informazioni.
 7. Rilevazione sul campo.
 8. Analisi dei dati e delle informazioni raccolte.
 9. Valutazione vera e propria (espressione di un giudizio) e identificazione delle positività e criticità.
 10. Individuazione degli obiettivi e delle strategie di miglioramento.
 11. Restituzione dei risultati agli *stakeholder* (chi ha diritto di sapere e chi è utile che sappia).
-

CAPACITA' DEL PROFESSIONISTA

La validità dell'azione di valutazione nel servizio sociale dipende dalla necessità di procedere rispondendo ai seguenti requisiti:

- a) l'affidabilità dei dati raccolti
 - b) la definizione delle aree significative e dei relativi contenuti
 - c) la determinazione degli indicatori per ogni area
 - d) la definizione per ogni indicatore delle diverse variabili e attribuzione a ognuno di un valore convenzionale per la costruzione di indici di sintesi
-

VALUTAZIONE QUALITATIVA E DI MERITO DELL'ASSISTENTE SOCIALE

E' utile tenere presente alcuni principi:(da De Ambrogio 2007)

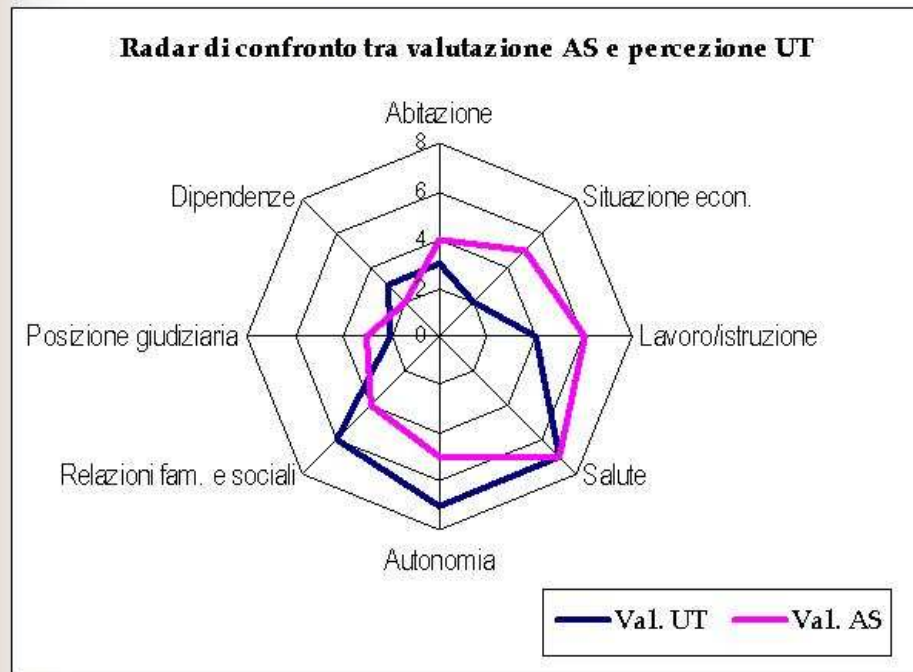
- 1) **Autovalutazione:** ogni soggetto interessato dalla valutazione è responsabile e primo utilizzatore della propria valutazione;
- 2) **Diversi livelli di valutazione:** il processo di valutazione interessa tutti i livelli istituzionali coinvolti nell'erogazione di un intervento o di una politica sociale;
- 3) **Non autoreferenzialità:** le valutazioni vanno condotte, per quanto possibile, sulla base di connessioni di più fonti e riscontri oggettivi.
- 4) **Confrontabilità:** le valutazioni devono essere condotte sulla base di criteri di giudizio e metodo omogenei, e permettere confronti nel corso del tempo, anche fra esperienze.
- 5) **Trasparenza:** le valutazioni devono essere condotte sulla base di criteri di trasparenza, ovvero attraverso attività chiare, esplicite e documentate, per i diversi livelli e soggetti coinvolti.

STRUMENTI PER LA COSTRUZIONE DI UN PERCORSO DI VALUTAZIONE (Nigris 2005 in Cammpanini 2007)

Indicatori di misurazione e tipologie di scala		
Indicatore di misurazione	Tipo di scala	Esempio
Esistenza del problema	Nominale	Va a scuola: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Gravità del problema	Ordinale	Esecuzione dei compiti scolastici in autonomia: 1 2 3 4 5 mai da solo sempre da solo
Durata del problema	A intervalli	La persistenza di un disturbo del funzionamento secondo un punteggio dato misurando con un test: < x > al mese

STRUMENTI PER LA COSTRUZIONE DI UN PERCORSO DI VALUTAZIONE (fonte S.S.Prof. ULSS 7reg

Veneto, in Campanini 2007)



STRUMENTI PER LA RACCOLTA DATI

1. **LA CARTELLA SOCIALE** : se ben impostata ed articolata, può costituire lo strumento di valutazione dell'evoluzione dei bisogni espressi del territorio e dei bisogni impliciti, nonché strumento di monitoraggio e valutazione del sistema dei servizi del territorio nel rispondere ai bisogni della comunità.
2. **IL QUESTIONARIO**: molto utilizzato, consiste in un elenco scritto di domande preparate secondo determinate regole e proposte all'intervistato esattamente nella forma in cui sono state scritte. Può essere utilizzato in indagini campionarie (*survey*) o non campionarie.



FUNZIONI DELLA CARTELLA SOCIALE QUALE STRUMENTO DI LAVORO SUL CASO

- Fotografare il caso descrivendo i bisogni e le risorse di cui dispone con il duplice obiettivo di trasmettere le informazioni *“a chi viene dopo di noi”* e garantire continuità della relazione con l’utente;
 - Formulare una valutazione sociale sul caso
 - Formulare un piano di lavoro, fissando obiettivi, programmi, interventi futuri partendo da quanto è stato già fatto, da come ha funzionato e dalle risorse esistenti;
 - Impostare il contratto con l’utente,
 - Raccogliere la documentazione sul caso, i punti di vista di altri attori, i materiali o prodotti con l’utente;
 - Sintetizzare gli aspetti fondamentali dell’accesso, della presa in carico e del sistema di interventi attivi sul caso.
-



FUNZIONI DELLA CARTELLA SOCIALE QUALE STRUMENTO DI ANALISI DEL CONTESTO

- Descrivere e quantificare le attività svolte dal servizio e dal singolo operatore (*articolarlo in base alla loro complessità*);
 - Leggere le problematiche della comunità in cui si opera;
 - Valorizzare un patrimonio informativo che altrimenti resta solo patrimonio del singolo operatore;
 - Raccogliere informazioni in modo ordinato e omogeneo favorendo, ad esempio, la comunicazione tra professionalità diverse,
 - Valutare l’andamento nel tempo della situazione del singolo utente e della comunità;
 - Inventare le richieste emerse e rimaste insoddisfatte (*a scopo programmatico e gestionale*).
-

APPROCCI E METODI DI VALUTAZIONE APPLICABILI NEL LAVORO SOCIALE

1. **EVIDENCE-BASED PRACTISE:** consiste nell'utilizzo accurato, esplicito e sensato delle migliori evidenze empiriche disponibili da parte del professionista.

L'approccio dell'EBP nell'ambito sociale ha queste caratteristiche fondamentali:

- a) la pratica è basata su un'evidenza empirica che, identificando nessi causali fra fenomeni, possa dare maggiore garanzia di successo;
 - b) si riconosce una gerarchia delle evidenze (controllo delle variabili);
 - c) si definisce un'ipotesi causale da verificare circa il caso da affrontare;
 - d) si fa attenzione agli effetti, più che ai processi, dell'intervento
-

APPROCCI E METODI DI VALUTAZIONE APPLICABILI NEL LAVORO SOCIALE

2. **METODO Plan Do Check Act (PDCA):** è considerato un'importante metodologia per affrontare in modo processuale la messa a punto di un progetto e la sua implementazione.

Si articola in 4 fasi:

Fase Plan (pianificazione) → si identificano ed esplicano insieme all'utente i problemi individuati nella situazione, motivare il perché si decide di affrontare quelli ritenuti prioritari, definire i diversi obiettivi del progetto di intervento e i possibili vantaggi;

Fase Do (esecuzione) → si individuano gli operatori in grado di lavorare nel modo concordato e si predispongono gli strumenti e le risorse per le attività previste (solo successivamente si passa alla loro realizzazione);

Fase Check (verifica) → una volta realizzate le attività previste, si verifica che queste siano state eseguite secondo le modalità programmate e che vi sia congruenza tra gli obiettivi e i risultati finali;

Fase Act (sistematizzazione) → due possibili modalità: se la fase Check verifica il raggiungimento dell'obiettivo si procede con la standardizzazione dell'intervento; in caso contrario, è necessario ritornare alla fase Plan, per reimpostare la pianificazione e ripetere il ciclo.

Sintesi del ciclo PDCA

Fase	Sviluppo
Plan	<ol style="list-style-type: none">1. Impostazione2. Documentazione sulla situazione3. Analisi del problema4. Progettazione delle azioni
Do	<ol style="list-style-type: none">1. Coinvolgimento delle persone interessate alla realizzazione dell'intervento2. Preparazione dell'intervento3. Esecuzione
Check	<ol style="list-style-type: none">1. Verificare che l'intervento sia stato condotto nei termini previsti e progettati2. Controllare i risultati con gli obiettivi iniziali3. Confermare l'efficacia dell'intervento e individuare vantaggi e svantaggi connessi
Act	<ol style="list-style-type: none">1. "Standardizzare" le azioni, controllarle, istituire "prassi operative"2. Formare in tal senso i professionisti3. Programmare verifiche sulla validità delle prassi (tempi e modalità)4. Procedere a un eventuale pdca sullo stesso tema o su un altro.

APPROCCI E METODI DI VALUTAZIONE APPLICABILI NEL LAVORO SOCIALE

3. ANALISI SWOT: l'acronimo deriva dalle chiavi di lettura utilizzate per l'individuazione del fenomeno in esame:

Strenghts (punti di forza)

Weaknesses (punti di debolezza)

Opportunities (opportunità)

Threats (minacce)

DIAGRAMMA DI RAPPRESENTAZIONE DELL'ANALISI SWOT

Strenght (punti di forza)	Weaknesses (punti di debolezza)
1. ...	1. ...
2. ...	2. ...
...	...
Opportunities (opportunità)	Threats (minacce)
1. ...	1. ...
2. ...	2. ...
...	...

ESERCITAZIONE

Dagli elementi trattati con l'aiuto della scheda di sintesi del metodo PDCA e SWOT provare a:

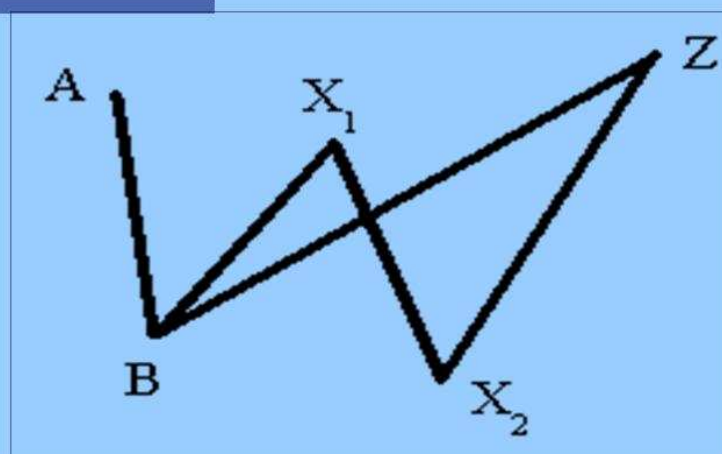
1. Descrivere una situazione sperimentata nel proprio contesto di lavoro collocandola nelle 4 fasi del metodo PDCA.
2. Rappresentare la situazione attraverso il diagramma di SWOT, tenendo conto dei:

PUNTI DI FORZA
PUNTI DI DEBOLEZZA
OPPORTUNITA'
MINACCE

ASPETTI TEORICI E METODOLOGICI
NELLA VALUTAZIONE DI PROGETTI,
SERVIZI E PIANI DI ZONA

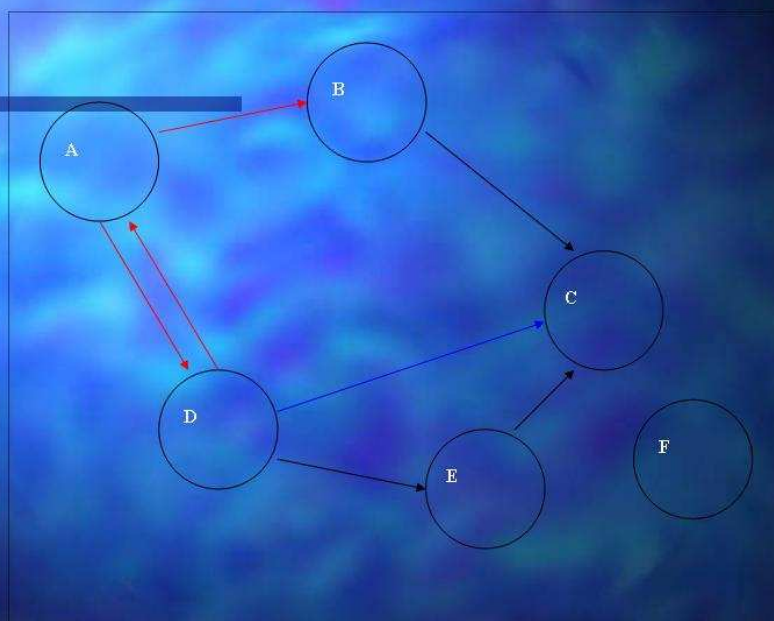
INTRODUZIONE E TECNICHE DI MISURAZIONE DELLA RETE

Chiara Caprini*



introduzione e tecniche di
misurazione della rete marzo 2008

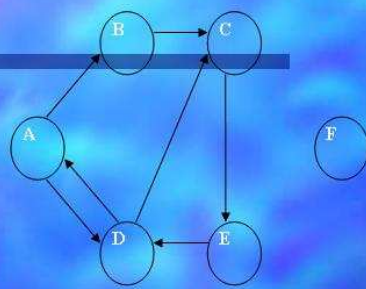
19



introduzione e tecniche di
misurazione della rete marzo 2008

20

* Docente di Metodologie e Tecniche della Progettazione Sociale
Università L.U.M.S.A di Roma



	A	B	C	D	E	F
A	0	1	0	1	0	0
B	0	0	1	0	0	0
C	0	0	0	0	1	0
D	1	0	1	0	0	0
E	0	0	0	1	0	0
F	0	0	0	0	0	0

Rappresentazione a matrice di adiacenza in grafo orientato

	n1	n2	n3	n4	n5	n6
n1						
n2						
n3						
n4						
n5						
n6						

Il lavoro di rete è un metodo d'intervento che:

- ⇒ coniuga l'offerta possibile con il bisogno reale del cittadino,*
- ⇒ spezza l'automatismo dell'erogazione indiscriminata di servizi, contraria alla centralità dell'uomo sicuramente più costosa e inefficace.*

valutare la "tenuta" della rete affettiva della persona e la sua potenziale integrazione solidale con la rete dei servizi territoriali è prioritario a qualsiasi intervento perché:

- ☆ lo studio dei legami significativi diventa specifica strategia per offrire un percorso assistenziale omogeneo, più mirato ed efficace*
- ☆ crea connessione fra nodi affettivi ed istituzionali della rete di vita della persona e della sua famiglia*
- ☆ costituisce sinergia fra le risorse attive e potenziali nel percorso assistenziale.*

•Area rete solidale

•Area capacità economica

•Area risorse personali

In ogni area si analizzano:

a: le relazioni (durata e frequenza)

c: le risorse potenziali

b: i contatti interpersonali

d: le risorse attive

Ciò permette di valutare:

*a: la capacità di tenuta della rete
rete*

*b: la capacità di aiuto della
rete*

... VALUTAZIONE PSICO-SOCIALE

*La valutazione preliminare della rete di provenienza,
esprime l'insieme ragionato di tutti quei dati
necessari per l'avvio di un percorso efficace di cura e
cambiamento, altrimenti non monitorabile.*

*Più la valutazione è obiettiva ,
completa e
fotografa la reale situazione della
persona
coinvolta, più l'intervento messo in atto
risponderà ai bisogni specifici emersi
ed
abbatterà successive azioni improprie.* 6

introduzione e tecniche di
misurazione della rete marzo 2008

Social Network Analysis SNA

- *L'analisi delle reti ha come componente fondamentale lo studio non tanto dell'attore sociale in sé, quanto delle relazioni definite dai collegamenti tra più attori.*
- *Per analizzare quindi le reti di un soggetto è necessario considerare che:*
 - *I modelli di rete rappresentano una struttura sociale, economica, politica, etc.*
 - *la rete e i suoi nodi costituisce un ambiente che limita, o fornisce opportunità per l'azione degli attori.*
 - *gli attori e le loro azioni sono inter-dipendenti*
 - *Le connessioni tra attori possono essere letti come strumenti per il trasferimento di risorse*

La network analysis



In ogni area si analizza:

a: le relazioni (durata e frequenza)

b: i contatti interpersonali

c: le risorse potenziali

d: le risorse attive

Ciò permette di valutare:

a: la capacità di tenuta della rete

b: la capacità di aiuto della rete

introduzione e tecniche di
misurazione della rete marzo 2008



area intima



area pragmatica



area formale



area potenziale

Strumento utilizzato per la rilevazione della rete

	Famiglia	Amici	Istituzioni	Volontariato	a Padre	g Suocero/a	o Colleghi
α					b Madre	h Frat/sorel	p ASL
β					c Coniuge	i Cognato/a	q MUNIC
γ					d Figli	l Nipoti	r Volontari
δ					e Nuora	m Cugini	s Amico/a
					f Genero	n Vicini	t altro

introduzione e tecniche di
misurazione della rete marzo 2008

9

Modalità di rilevazione delle relazioni

Interazione....

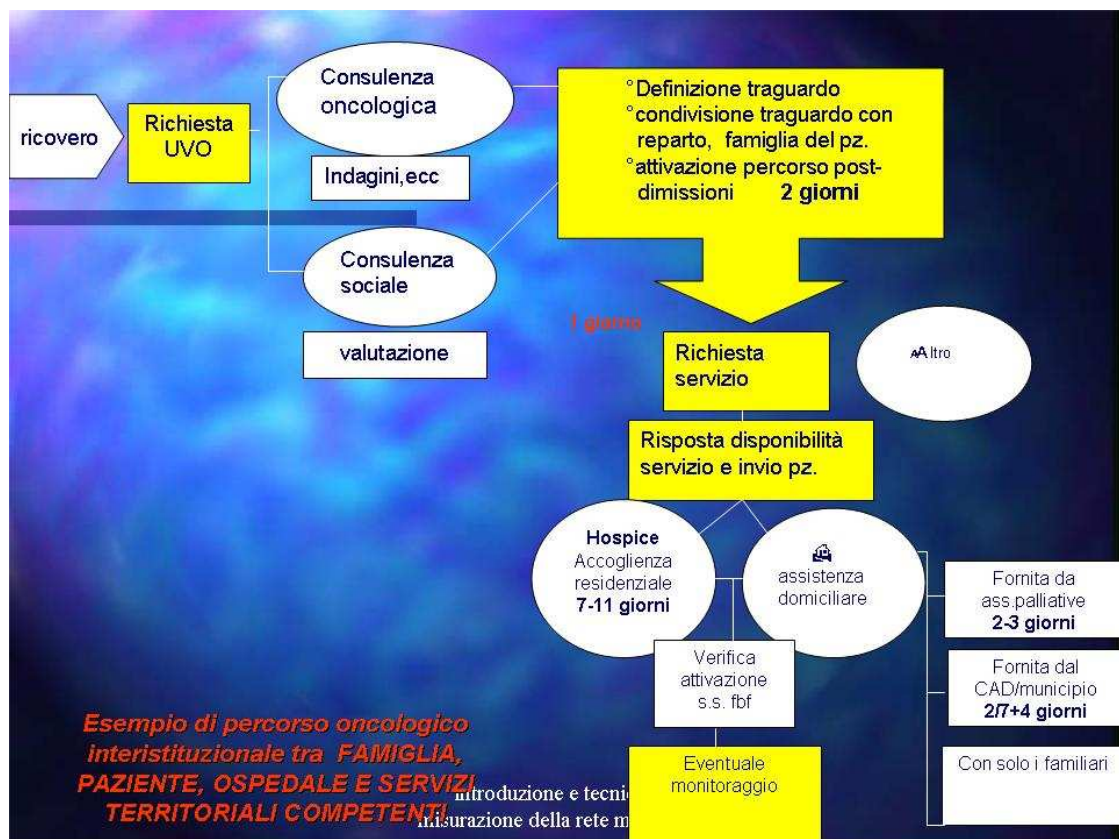
	Famiglia	Amici	Istituzioni	Volontariat o
α	affettiva	affettiva		
β	pragmatica	pragmatica	pragmatica	pragmatica
γ	formale	formale	formale	formale
δ	potenziale	potenziale	potenziale	potenziale

*...Il modello d'intervento di interistituzionale
prevede*

- Condivisione e aggiustamento del percorso con la persona-dipendente e la sua rete primaria*
- Attivazione della rete territoriale di prossimità*
- Valutazione dell'efficacia del percorso messo in atto attraverso la valutazione dell'implementazione/modifica della rete di provenienza*

Il modello d'intervento di interistituzionale prevede

- Valutazione preliminare della rete socio familiare della persona
- Costruzione di un'ipotesi di progetto assistenziale territoriale condivisa tra Istituzioni coinvolte nello specifico percorso di aiuto, definendo i compiti di ciascuno ed il coordinamento istituzionale del caso



servizi e rete1

Ciò che va consolidato nel processo di aiuto è la lettura sistematica :

- Della rete di provenienza
- Delle modificazioni della rete originaria, legate agli interventi messi in atto,
- Dell'Istituzioni che progettano e mettono in essere percorsi di aiuto attraverso il lavoro di rete

introduzione e tecniche di
misurazione della rete marzo 2008

14

...servizi e rete 2

- Lavorare sui nodi per ridurre sovrapposizioni d'interventi e "buchi" di aiuto
- creare percorsi di empowerment
- progettare in un ottica di 360°,rispettando il proprio mandato professionale ed il mandato istituzionale a cui si appartiene

introduzione e tecniche di
misurazione della rete marzo 2008

15

...servizi e rete3

- *Il sistema integrato dei servizi può essere identificato come una rete complessa,*
- *la presenza di enti, istituzioni, società ed associazioni diverse costituiscono la ricchezza e l'interesse per lo sviluppo di connessione pur in presenza di:*
 - mission diversificate
 - accesso alle risorse sbilanciato
 - non abitudine al reciproco dialogo istituzionale ed operativo

Social Network Analysis SNA

- *L'analisi delle reti ha come componente fondamentale lo studio non tanto dell'attore sociale in sé, quanto delle relazioni definite dai collegamenti tra più attori.*
- *Per analizzare quindi le reti di un soggetto è necessario considerare che:*
 - *I modelli di rete rappresentano una struttura sociale, economica, politica, etc.*
 - *la rete e i suoi nodi costituisce un ambiente che limita, o fornisce opportunità per l'azione degli attori.*
 - *gli attori e le loro azioni sono inter-dipendenti*
 - *le connessioni tra attori possono essere letti come strumenti per il trasferimento di risorse*



La scheda sociometrica:
per grafi

orientati

e non orientati



Principi delle reti

- Costruire potenziare connettere reti non può prescindere dal fatto che è la relazione l'elemento determinante:
- compatibilità
- continuità
- trasparenza e comunicazione
- riflessione
- gradualità e sinergia

1



Rete socio sanitaria

- È una rete complessa perché:
- costituita da più soggetti istituzionali
- con mission diversificate
- sbilanciate sul piano dell'accesso alle risorse
- giuridicamente compatibili
- non abituate al dialogo

2



Rete socio-sanitaria...

- L'obiettivo comune o meglio l'obiettivo unico dei diversi nodi della rete è l'uomo nelle sue diverse prospettive: fisico, psicologico, spirituale, sociale
- questo fatto deve condizionare l'organizzazione dell'offerta dei servizi
- sia se dati da un'unica istituzione che da un complesso di realtà differenti

3



Prospettive di rete applicate ai servizi

- Relazionalità
- interprofessionalità
- organizzazione

vale a dire:

- costruire circuiti di aggancio tra realtà che naturalmente dialogano e che hanno interesse/necessità a lavorare insieme

4



Prospettive di rete applicate ai servizi

- Costruire circuiti tra soggetti istituzionali diversi che agisco in aree comuni.
- Asl, municipi, cooperative, cliniche, ecc,
- costruire circuiti tra professionisti diversi che interventono sulla stessa realtà:
- dipartimenti, distretti, ecc.

5



Prospettive di rete applicate ai servizi

- Lavorare sui nodi per ridurre sovrapposizioni d'interventi e "buchi" di aiuto
- creare percorsi di empowerment
- progettare in un ottica di 360°,rispettando il proprio mandato professionale ed il proprio mandato istituzionale

6

PROSPETTIVE DI RETE APPLICATE AI SERVIZI



COME LA RETE INTERPERSONALE E' ...IL TESSUTO DI CONTATTI E RAPPORTI CHE LA PERSONA COSTRUISCE INTORNO A SE' NELLA QUOTIDIANITA', COSI' LA RETE SECONDARIA/ISTITUZIONALE E'IL TESSUTO DI RAPPORTI E COLLABORAZIONE CHE I SERVIZI COSTRUISCONO RECIPROCAMENTE NEL TERRITORIO.

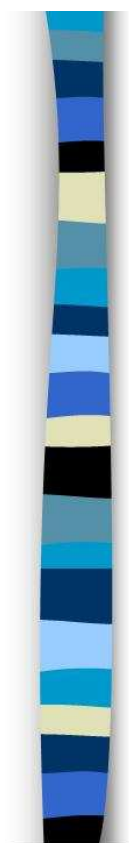
7

PROSPETTIVA DI RETE APPLICATA AI SERVIZI

IL LAVORO DI RETE è COSTITUITO DALL'INSIEME DI INTERVENTI DI CONNESSIONE DI RISORSE E STRATEGIE TESE A PRODURRE CONCATENAZIONE DI RELAZIONI SIGNIFICATIVE, DI PROCESSI DI CRESCITA CHE SI ATTIVANO ALL'INTERNO DELLE RISORSE STESSE.

I PRPOCESSI COSI' SI FINALIZZANO, NEL COMPLESSO, AL MIGLIORAMENTO DEL LIVELLO DI BENESSERE DELLA COLLETTIVITA' CYHE VIVE UNDETERMINATO TERRITORIO E DELLE SINGOLE PERSONE CHE LA COMPONGONO.

8



■ CONCETTO MULTIMEDIALE,
APPLICABILE AI DIVERSI LIVELLI
D'INTERVENTO :

- ⇒ *INDIVIDUALE*
- ⇒ *ORGANIZZATIVO*
- ⇒ *COMUNITARIO*

9



CREAZIONE DI CIRCUITI

LA CONNESSIONE DI RETE APPLICATA A SERVIZI DEL MEDESIMO SETTORE

10



CREAZIONE DI MECCANISMI DI AGGANCIO

LA CONNESSIONE DEI
DIVERSI SETTORI:
SOCIALE, EDUCATIVO,
CLINICO, ECC. SULLA
STESSA AREA
TERRITORIALE

11



CREAZIONE DI CIRCUITI DI UNA STESSA AREA

LA CONNESSIONE TRA
PROFESSIONALITA'
DIFFERENTI E/O
ALL'INTERNO DI UNA
STESSA PROFESSIONE

12

QUAL'E' LA PRASSI ABITUALE?

- COMUNICAZIONE
- INTEGRAZIONE
- SCAMBIO

13

LA MANCANZA DI RETE PROGETTUALE TRA SERVIZI PRODUCE:

SOVRAPPOSIZIONI

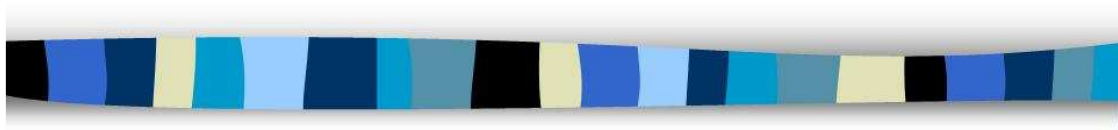
E CONTRADDIZIONI



INTERVENTI CHE NON
RISPETTANO I CAMPI DIFFERENTI PORTANDO IN UNA STESSA
SITUAZIONE -ED IN FORMA CONFLITTUALE- LOGICHE E
CONCEZIONI DIFFERENTI

14

NODI.....



- MANCANZA DI CIRCUITI PRATICATI
- CARENZA DI INTRECCI E RACCORDI ELASTICI
- ESISTENZA DI LINEE SPEZZATE

- *Partendo dal concetto di ruolo e funzioni per cui il primo è: **"parte che si riveste all'interno di un sistema"** ed il secondo si definisce come un: **"complesso di atti ed attività connesse ad un Ente, ad una carica o ad un ufficio, che devono essere assolte per il conseguimento di obiettivi predefiniti.***

- ***Assolvendo alle proprie funzioni, si esercita un ruolo. Le funzioni possono essere considerate in rapporto ad un organo o ad un ufficio. Con riferimento agli Enti pubblici le funzioni discendono direttamente dalle competenze istituzionalmente loro attribuite".***

- *il continuo mutamento dello scenario istituzionale e della domanda sociale ha creato nell' "habitat professionale" spazi di azione interessanti ma non sempre riconosciuti .*

- ***Ambiti i cui confini vanno oltre le funzioni manifeste, (intese come conseguenze oggettive per il sistema, previste, volute e riconosciute dai partecipanti e che possono determinare l'appartenenza) , sfociando in funzioni latenti , azioni non previste né volute, né tanto meno riconosciute.***

- ***la normativa legata a criteri di forte economicità e razionalizzazione delle spese trova difficile conciliare tale necessità alla “cura” della persona, attraverso compiti spesso affidati per legge,***

- ***Se si vuole trovare il senso di un organizzazione bisogna cominciare dal suo prodotto ciò che è fatto condiziona il come(Piva 1993)***

- ***Non si può tuttavia nascondere il fatto che, se la norma non vieta espressamente, è possibile, in assenza di vincoli giuridici ed anche alla luce della sempre maggiore complessità nella gestione dei servizi sociali attivare ed esercitare nuove funzioni di competenza al professionista assistente sociale, mirandole al contesto specifico.***

- *In queste organizzazioni è necessario che tutti i membri diventino esperti nella produzione di regole collettive flessibili. Nella progettazione organizzativa è importante tenere presente che i sistemi di lavoro professionali si reggono molto di più su regole implicite che su procedure formali. Ciò potenzia la flessibilità del sistema. Tale flessibilità non è scontata.*

- *Le regole scritte non possono avere radici in convinzioni interiori poco elastiche e molto ideologiche. Ad esse vanno perciò aggiunte le conoscenze ed abilità acquisite nel tempo per potersi identificare nella professione di assistente sociale (acquisizione di proprie competenza) ma anche nell'identificazione di una specifica appartenenza istituzionale che può così sancire un'alleanza della realizzazione della mission e del processo di aiuto al cittadino in senso lato.*

costruire competenze

- Il nuovo assetto professionale chiede di
- potenziare, promuovere ,diffondere una cultura professionale che riconosca ed evidenzi positivamente tutte le attività e funzioni che nel tempo sono state sperimentate, elaborate, verificate che possono ora essere teorizzate come specifiche funzioni

- L'intervento professionale deve andare, senza per questo negarne l'importanza; oltre il processo di aiuto, puntando l'attenzione sulla comunità e sul territorio come scenario dell'intervento multilivello che va verificato in itinere e valutato globalmente.

- **lavoro progettuale e di rete come implementazione di empowerment e strumento di valutazione a 360°**
- Ø il lavoro per progetti come metodo di lavoro multilivello
- Ø produrre cambiamento e potenziamento delle capacità individuali
- Ø l'empowerment come indicatore di qualità
-

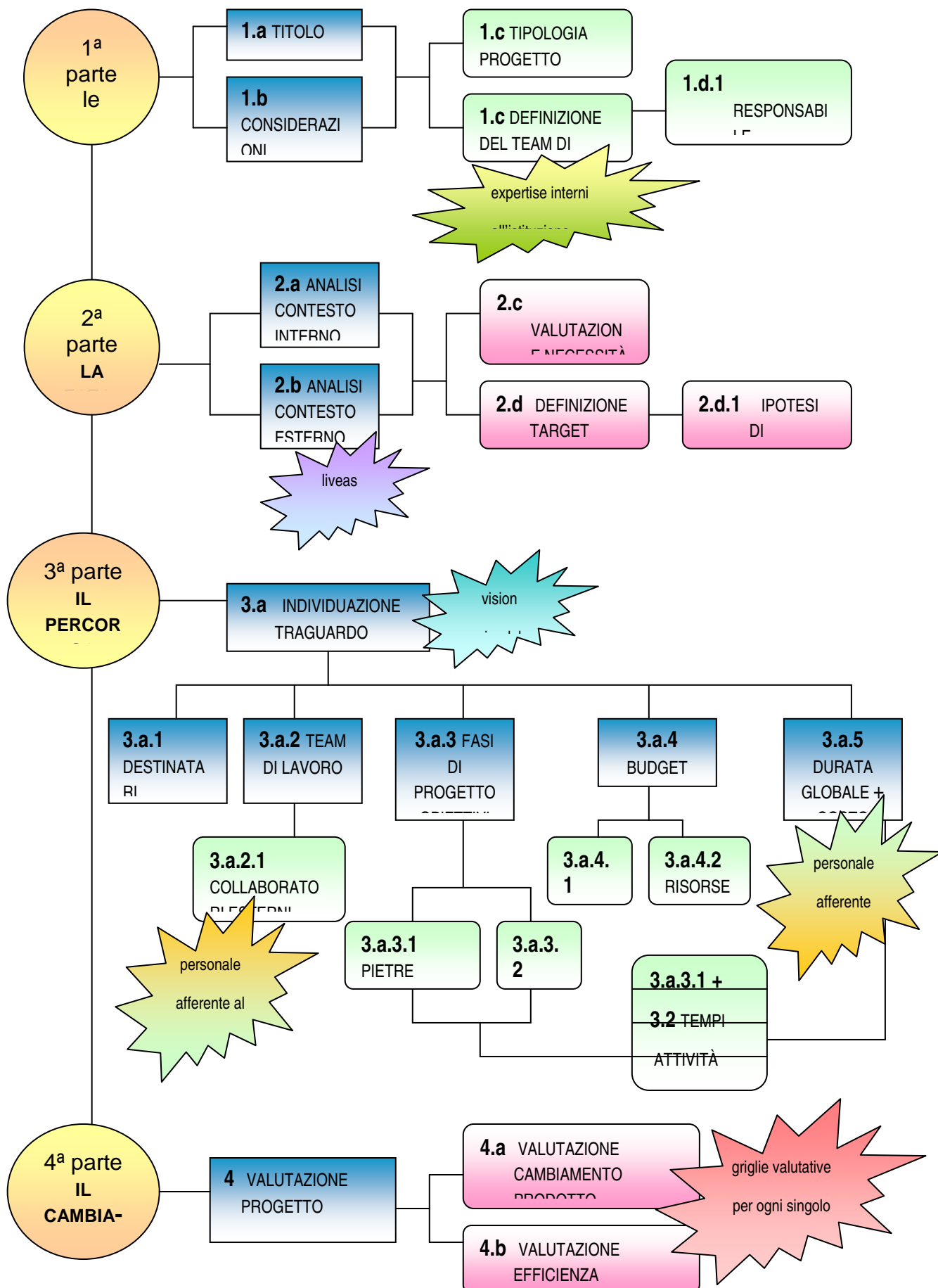
- **appartenenza ed inclusione sociale come meta dei progetti sociali**
- Ø promozione e sviluppo di buone pratiche
- Ø costruzione modulare e contestualizzata di reti solidali
- Ø la casistica dei servizi come scenario sociale

- **appartenenza ed inclusione sociale come meta dei progetti sociali**
- Ø promozione e sviluppo di buone pratiche
- Ø costruzione modulare e contestualizzata di reti solidali
- Ø la casistica dei servizi come scenario sociale

- La progettualità intesa come strumento, tecniche di direzione, gestione, coordinamento e formazione, è il percorso metodologico vincente e sicuramente in gran parte già interiorizzato dalla comunità professionale attraverso il lavoro diretto di aiuto.

- **le funzioni dell'assistente sociale come aree promozionali dell'intervento progettuale.**
- Ø il social project manager
- Ø direzione e gestione delle risorse umane
- Ø analisi e valutazione della qualità degli interventi sociali
- Ø attività formativa

IPOTESI DI PERCORSO METODOLOGICO



ANALISI VALUTATIVA DEL CORSO

Il punto di vista dei partecipanti

Dal 2004 questo Servizio ha avviato una attività formativa rivolta agli operatori sociosanitari del territorio provinciale che ha tenuto conto dei bisogni di volta in volta manifestati dai partecipanti. Stante questa premessa, un momento importante di tutti i corsi, anche ai fini della successiva programmazione, è l'esame dei dati sulla partecipazione e la valutazione espressa da discenti, docenti e tutors a conclusione di ciascun corso.

Per misurare la percezione della qualità del percorso didattico “ Il Servizio Sociale Professionale e la valutazione” e per monitorarne l'andamento, oltre ai dati forniti dalle schede di iscrizione, sono stati formulati e somministrati dei questionari ai corsisti e sono state richieste delle considerazioni a posteriori a docenti e tutors.

Si è riscontrata una buona adesione al progetto formativo sia da parte degli Assistenti Sociali del territorio provinciale che di quelli del Comune di Roma, coinvolto per la prima volta in un'iniziativa di formazione da parte della Provincia di Roma.

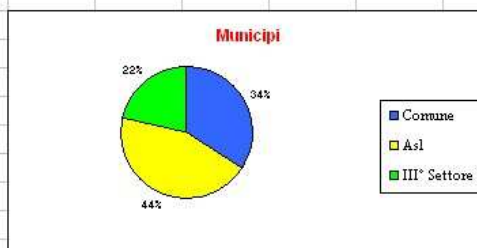
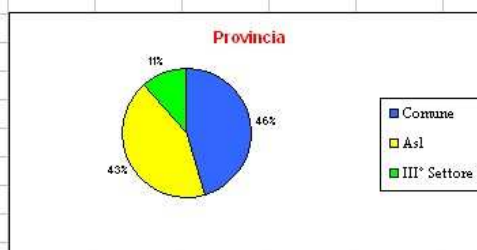
Si sono iscritti ed hanno partecipato attivamente al corso, complessivamente 478 Assistenti Sociali, appartenenti in maggioranza alle ASL (43,72%), ma con una buona rappresentanza di appartenenti a Comuni e Municipi (38,49%). La presenza di professionisti del Terzo Settore è stata inferiore (17,78%), ma comunque significativa tenuto conto che l'informazione riguardante il corso è pervenuta in modo indiretto.

Confrontando nella tabella 1 i dati relativi ai corsisti, notiamo come la partecipazione di Assistenti Sociali appartenenti ai Comuni sia molto più incisiva nel territorio provinciale, mentre quella del Terzo Settore lo è nei Municipi di Roma.

Questo dato potrebbe essere rappresentativo della reale distribuzione di tali operatori nei diversi Enti di appartenenza o condizionato da altri fattori quali, ad esempio un parallelo corso sulla valutazione promosso dal comune di Roma anche se avente finalità ed assetto organizzativo diverso.

Tabella 1: PARTECIPANTI DISTINTI PER ENTI DI APPARTENENZA

<i>Sede Corso</i>	Comune	Asl	III° Settore	Totale
Colleferro	19	19	4	42
Ladispoli	12	10	6	28
Marino	13	30	1	44
Morlupo	12	4	1	17
Nettuno	11	7	3	21
Tivoli	16	9	6	31
Totale Provincia	83	79	21	183
	45,36	43,17	11,48	100
<i>Sede Corso</i>	Comune	Asl	III° Settore	Totale
I - II - III - IV	18	22	6	46
V - VII - VIII - X	23	18	17	58
VI - IX - XI - XII	23	22	8	53
XIII - XV - XVI e Distretto D1	23	28	8	59
XVII - XVIII - XIX - XX	14	40	25	79
Totale Municipi	101	130	64	295
	34,24	44,07	21,69	100
Totale	184	209	85	478
	38,49	43,72	17,78	100



Ai partecipanti presenti nell'ultima giornata di lezione, sono stati somministrati dei questionari di valutazione contenenti l'invito ad esprimere un giudizio, secondo una scala di valori prestabilita, su alcuni aspetti inerenti l'attività di formazione realizzata.

Gli operatori che hanno restituito il questionario, debitamente compilato, rappresentano il 66,5% dei partecipanti agli undici corsi, come evidenziato nella tabella 2. Tale dato si allinea sulla media delle presenze riscontrate nei vari moduli e non si evidenzia una differenza significativa della partecipazione tra gli operatori dei municipi e quelli della provincia. Da questo dato, si discostano soltanto le due sedi di Nettuno e Colferro, nelle quali il rapporto tra il numero dei questionari compilati e il numero dei partecipanti è inferiore.

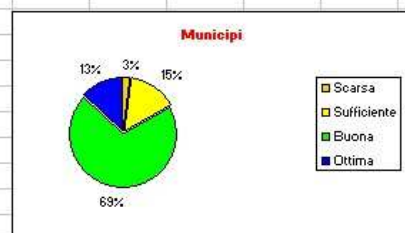
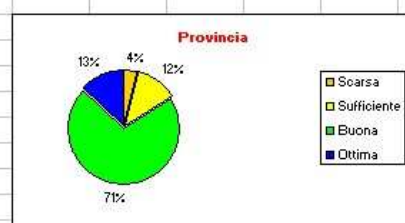
Tabella 2: RAPPORTO TRA NR QUESTIONARI COMPILATI E NR DEI PARTECIPANTI SUDDIVISI PER SEDE DI CORSO

<i>Sede Corso</i>	<i>N. part.</i>	<i>N. quest.</i>	<i>% Q.</i>
Morlupo	17	11	64,7
Ladispoli	30	23	76,7
Tivoli	32	20	62,5
Colleferro	42	24	57,1
Marino	44	34	77,3
Nettuno	21	10	47,6
I° Municipio	50	31	62,0
VIII° Municipio	58	38	65,5
XI° Municipio	55	39	70,9
XVII° Municipio	79	50	63,3
XIII° Municipio	59	44	74,6
Totale	487	324	66,5

Per quanto riguarda la **rilevanza** degli argomenti trattati rispetto alla propria necessità di aggiornamento, dalla tabella 3 emerge che il 69,88% dei partecipanti ha espresso un giudizio positivo, il 13,04% un giudizio molto positivo e non si rileva una sostanziale differenza tra i dati riportati dagli operatori del territorio provinciale e quelli dei municipi. Pertanto questi dati confermano che il tema della valutazione è molto sentito dagli Assistenti Sociali in questo momento storico e che la proposta formativa della Provincia ha colto una concreta esigenza di aggiornamento professionale.

Tabella 3: RILEVANZA DEGLI ARGOMENTI TRATTATI RISPETTO ALLA PROPRIA NECESSITA' DI AGGIORNAMENTO PER SEDI DI CORSO

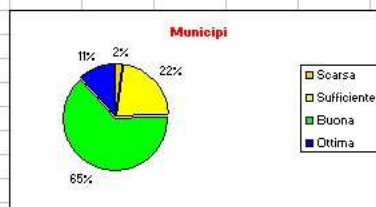
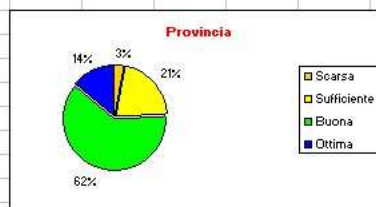
<i>Sede corso</i>	RILEVANZA ARGOMENTI				<i>Totale</i>
	<i>Scarsa</i>	<i>Sufficiente</i>	<i>Buona</i>	<i>Ottima</i>	
Colleferro	1	5	15	3	24
Ladispoli	0	0	17	6	23
Marino	3	7	22	2	34
Morlupo	0	1	7	3	11
Nettuno	1	1	8	0	10
Tivoli	0	1	17	2	20
Totale Provincia	5	15	86	16	122
	4,10	12,30	70,49	13,11	100,00
Sede corso	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	Totale
I - II - III - IV	1	4	25	1	31
V - VII - VIII - X	1	8	28	1	38
VI - IX - XI - XII	1	7	22	9	39
XIII - XV - XVI e Distretto DI	2	3	30	8	43
XVII - XVIII - XIX - XX	0	8	34	7	49
Totale Municipi	5	30	139	26	200
	2,50	15,00	69,50	13,00	100,00
Totale	10	45	225	42	322
	3,11	13,98	69,88	13,04	100,00



Rispetto alla **conoscenza teorica**, il 62,96% degli Assistenti Sociali ha fornito una valutazione positiva ed il 12,35 % una molto positiva come rappresentato nella tabella 4. Non emerge una differenziazione del dato tra il territorio provinciale e quello comunale. Il 3,28% dei partecipanti ha espresso una valutazione insufficiente.

Tabella 4: CONOSCENZA TEORICA FORNITA PER SEDI DI CORSO

CONOSCENZA TEORICA					
Sede corso	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	Totale
Colleferro	0	8	14	2	24
Ladispoli	0	0	19	4	23
Marino	3	12	15	4	34
Morlupo	0	1	9	1	11
Nettuno	1	3	6	0	10
Tivoli	0	2	12	6	20
Totale Provincia	4	26	75	17	122
	3,28	21,31	61,48	13,93	100,00
Sede corso	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	Totale
I - II - III - IV	1	6	23	1	31
V - VII - VIII - X	1	13	23	1	38
VI - IX - XI - XII	0	11	20	8	39
XIII - XV - XVI e Distretto D1	2	3	30	9	44
XVII - XVIII - XIX - XX	1	12	33	4	50
Totale Municipi	5	45	129	23	202
	2,48	22,28	63,86	11,39	100,00
Totale	9	71	204	40	324
	2,78	21,91	62,96	12,35	100,00



I dati riportati nelle tabelle 5 e 6 vanno a confermare la scelta metodologica che la Provincia sta portando avanti anche in risposta ad esigenze già rappresentate nei corsi precedenti. La valutazione sull'efficacia degli **strumenti conoscitivi** acquisiti in funzione della propria attività professionale e sul **modello formativo** proposto, indica giudizi di buono tra il 57 e il 58%, di ottimo tra il 7 e il 12 % e di scarso tra il 4 ed il 6%.

Confrontando i dati rilevati in provincia e nei municipi è stato espresso un giudizio più critico da parte di questi ultimi.

Tabella 5: EFFICACIA DEGLI STRUMENTI CONOSCITIVI ACQUISITI IN FUNZIONE DELLA PROPRIA ATTIVITA' PROFESSIONALE PER SEDI DI CORSI

EFFICACIA STRUMENTI					
Sede corso	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	Totale
Colleferro	2	6	16	0	24
Ladispoli	0	1	16	6	23
Marino	2	13	15	2	32
Morlupo	0	3	7	1	11
Nettuno	1	3	6	0	10
Tivoli	0	3	12	5	20
Totale Provincia	5	29	72	14	120
	4,17	24,17	60,00	11,67	100,00

Sede corso	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	Totale
I - II - III - IV	0	12	19	0	31
V - VII - VIII - X	0	14	22	1	37
VI - IX - XI - XII	3	13	21	2	39
XIII - XV - XVI e Distretto D1	2	13	25	3	43
XVII - XVIII - XIX - XX	2	20	22	2	46
Totale Municipi	7	72	109	8	196
	3,57	36,73	55,61	4,08	100,00

Sede corso	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	Totale
Totale	12	101	181	22	316
	3,80	31,96	57,28	6,96	100,00

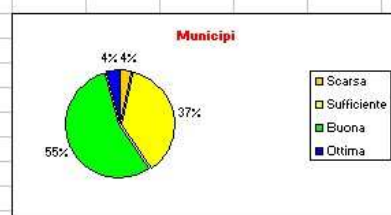
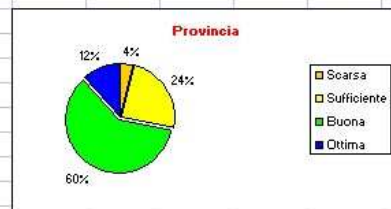
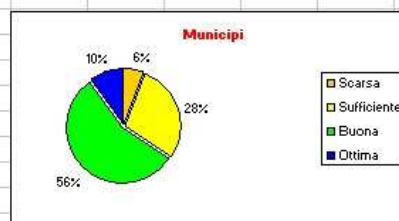
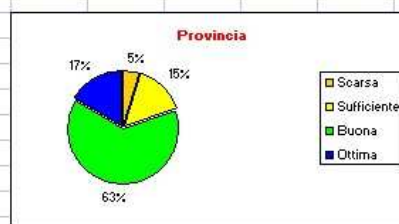


Tabella 6: EFFICACIA DEL MODELLO FORMATIVO PROPOSTO PER SEDI DI CORSO

MODELLO FORMATIVO					
Sede corso	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	Totale
Colleferro	2	5	15	2	24
Ladispoli	0	0	18	5	23
Marino	3	8	20	2	33
Morlupo	0	1	5	5	11
Nettuno	1	2	7	0	10
Tivoli	0	2	11	6	19
Totale Provincia	6	18	76	20	120
	5,00	15,00	63,33	16,67	100,00

Sede corso	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	Totale
I - II - III - IV	1	8	21	2	32
V - VII - VIII - X	1	14	19	3	37
VI - IX - XI - XII	4	12	17	6	39
XIII - XV - XVI e Distretto D1	2	8	26	8	44
XVII - XVIII - XIX - XX	5	15	28	1	49
Totale Municipi	13	57	111	20	201
	6,47	28,36	55,22	9,95	100,00

Sede corso	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	Totale
Totale	19	75	187	40	321
	5,92	23,36	58,26	12,46	100,00



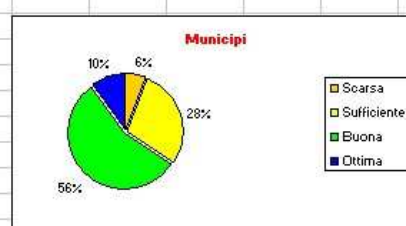
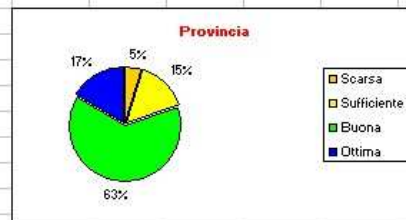
Rispetto all'**organizzazione** dell'intero corso i dati riportati nella tabella 7 evidenziano che oltre l'85% dei corsisti ha espresso un giudizio positivo o molto positivo.

Tabella 7: VALUTAZIONE DELL'ASSETTO ORGANIZZATIVO PER SEDI DI CORSO

ORGANIZZAZIONE					
Sede corso	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	Totale
Colleferro	1	9	9	3	22
Ladispoli	0	1	15	7	23
Marino	1	4	19	10	34
Morlupo	0	0	7	4	11
Nettuno	0	1	8	1	10
Tivoli	0	0	15	3	18
Totale Provincia	2	15	73	28	118
	1,69	12,71	61,86	23,73	100,00

Sede corso	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	Totale
I - II - III - IV	0	1	27	3	31
V - VII - VIII - X	1	8	23	6	38
VI - IX - XI - XII	0	5	22	12	39
XIII - XV - XVI e Distretto DI	3	2	25	14	44
XVII - XVIII - XIX - XX	0	6	38	6	50
Totale Municipi	4	22	135	41	202
	1,98	10,89	66,83	20,30	100,00

Sede corso	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	Totale
Totale	6	37	208	69	320
	1,88	11,56	65,00	21,56	100,00



La valutazione della **qualità e dell'adeguatezza della docenza** rispetto agli argomenti trattati nelle varie giornate, riportata nelle tabelle 8-9-10-11-12, è nel complesso positiva per il 78,23 % dei discenti, anche se alcuni moduli hanno incontrato maggiore favore da parte dei corsisti rispetto ad altri. In particolare, il secondo ed il quinto modulo hanno riscontrato un gradimento che si colloca tra il buono ed l'ottimo nel 92-93 % dei partecipanti.

Questi dati potrebbero risentire del fatto che il questionario è stato compilato solo in ultima giornata ed è pertanto possibile che la valutazione espressa sulle docenze delle prime giornate, sia stata condizionata dalla distanza del tempo trascorso. Inoltre è da tenere presente che è stato chiesto di esprimere una valutazione sull'intero modulo, anche in caso di codocenza.

In generale però, anche dall'esame dei dati riportati nelle tabelle successive e dalle relazioni dei direttori e dei tutors dei corsi, ci sembra di poter affermare che la docenza impiegata è stata apprezzata, pur rilevando alcune criticità, dalla maggioranza dei partecipanti. In particolare è stato valutato positivamente il fatto che tutti i docenti, direttamente o indirettamente, siano coinvolti nella realtà del lavoro di servizio sociale e quindi siano in grado di accompagnare le lezioni teoriche con osservazioni inerenti la pratica quotidiana.

Anche in ordine alla valutazione relativa alla qualità della docenza si conferma il dato già riportato di una posizione maggiormente critica da parte degli operatori dei municipi.

Tabella 8: VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELLA DOCENZA NEL I° MODULO PER SEDI DI CORSO

QUALITA' DELLA DOCENZA - I° MODULO					
QUALITA' DELLA DOCENZA					
Sede corso	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	Totale
Colleferro	2	7	13	1	23
Ladispoli	0	0	13	5	18
Marino	5	13	11	2	31
Morlupo	0	1	3	5	9
Nettuno	2	1	4	3	10
Tivoli	0	3	7	5	15
Totale Provincia	9	25	51	21	106
	8,49	23,58	48,11	19,81	100

Sede corso	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	Totale
I - II - III - IV	0	8	16	2	26
V - VII - VIII - X	1	8	14	7	30
VI - IX - XI - XII	3	14	12	8	37
XIII - XV - XVI e Distretto D1	4	8	23	5	40
XVII - XVIII - XIX - XX	1	10	20	8	39
Totale Municipi	9	48	85	30	172
	5,23	27,91	49,42	17,44	100

Sede corso	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	Totale
Totale	18	73	136	51	278
	6,47	26,26	48,92	18,35	100

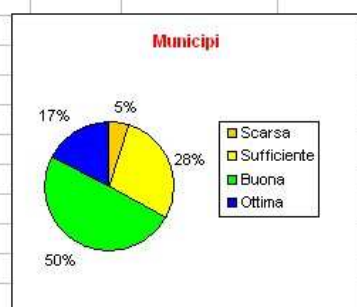


Tabella 9: VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELLA DOCENZA NEL II° MODULO PER SEDI DI CORSO

QUALITA' DELLA DOCENZA					
Sede corso	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	Totale
Colleferro	0	1	8	12	21
Ladispoli	0	0	12	7	19
Marino	4	4	9	12	29
Morlupo	0	0	4	6	10
Nettuno	0	1	5	3	9
Tivoli	0	0	4	12	16
Totale Provincia	4	6	42	52	104
	3,85	5,77	40,38	50,00	100

Sede corso	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	Totale
I - II - III - IV	0	4	15	7	26
V - VII - VIII - X	0	2	16	12	30
VI - IX - XI - XII	0	3	6	27	36
XIII - XV - XVI e Distretto D1	0	1	11	31	43
XVII - XVIII - XIX - XX	0	3	20	21	44
Totale Municipi	0	13	68	98	179
	0,00	7,26	37,99	54,75	100

Sede corso	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	Totale
Totale	4	19	110	150	283
	1,41	6,71	38,87	53,00	100



Tabella 10: VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELLA DOCENZA NEL III° MODULO PER SEDI DI CORSO

Sede corso	QUALITA' DELLA DOCENZA				Totale
	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	
Colleferro	2	1	14	3	20
Ladispoli	0	3	12	5	20
Marino	2	5	20	4	31
Morlupo	0	2	1	3	6
Nettuno	2	5	2	0	9
Tivoli	0	3	7	8	18
Totale Provincia	6	19	56	23	104
	5,77	18,27	53,85	22,12	100
Sede corso	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	Totale
I - II - III - IV	2	5	16	8	31
V - VII - VIII - X	3	19	7	4	33
VI - IX - XI - XII	4	14	10	5	33
XIII - XV - XVI e Distretto D1	3	9	18	7	37
XVII - XVIII - XIX - XX	4	10	20	10	44
Totale Municipi	16	57	71	34	178
	8,99	32,02	39,89	19,10	100
Totale	22	76	127	57	282
	7,80	26,95	45,04	20,21	100



Tabella 11: VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELLA DOCENZA NEL IV° MODULO PER SEDI DI CORSO

Sede corso	QUALITA' DELLA DOCENZA				Totale
	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	
Colleferro	2	5	11	1	19
Ladispoli	0	2	14	7	23
Marino	2	2	21	4	29
Morlupo	0	0	2	4	6
Nettuno	2	2	3	1	8
Tivoli	0	3	8	7	18
Totale Provincia	6	14	59	24	103
	5,83	13,59	57,28	23,30	100
Sede corso	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	Totale
I - II - III - IV	4	12	13	1	30
V - VII - VIII - X	0	10	19	5	34
VI - IX - XI - XII	1	7	14	6	28
XIII - XV - XVI e Distretto D1	0	5	25	9	39
XVII - XVIII - XIX - XX	1	15	23	7	46
Totale Municipi	6	49	94	28	177
	3,39	27,68	53,11	15,82	100
Totale	12	63	153	52	280
	4,29	22,50	54,64	18,57	100



Tabella 12: VALUTAZIONE DELLA QUALITA' DELLA DOCENZA NEL V° MODULO PER SEDI DI CORSO

Sede corso	QUALITA' DELLA DOCENZA				Totale
	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	
Colleferro	0	1	8	10	19
Ladispoli	0	0	5	14	19
Marino	1	4	17	12	34
Morlupo	0	0	3	8	11
Nettuno	0	0	5	4	9
Tivoli	0	0	6	10	16
Totale	1	5	44	58	108
	0,93	4,63	40,74	53,70	100

Sede corso	QUALITA' DELLA DOCENZA				Totale
	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	
I - II - III - IV	0	1	13	17	31
V - VII - VIII -X	0	1	10	25	36
VI - IX - XI - XII	0	4	12	14	30
XIII - XV - XVI e Distretto D1	3	4	10	26	43
XVII - XVIII - XIX - XX	0	0	19	27	46
Totale	3	10	64	109	186
	1,61	5,38	34,41	58,60	100

Sede corso	QUALITA' DELLA DOCENZA				Totale
	Scarsa	Sufficiente	Buona	Ottima	
Totale	4	15	108	167	294
	1,36	5,10	36,73	56,80	100



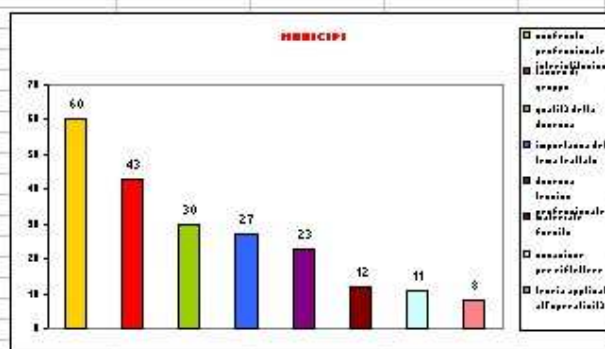
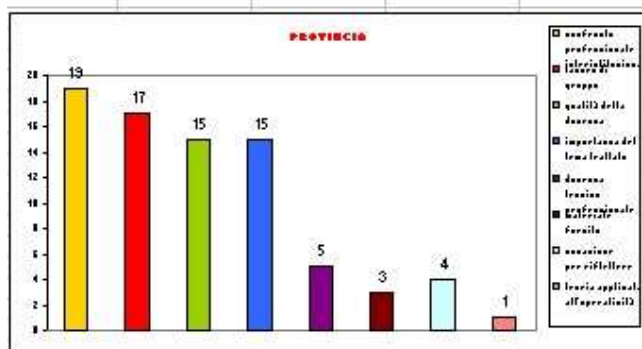
La seconda parte del questionario somministrato ai discenti ha avuto la finalità di indagare, attraverso domande aperte, i punti di forza e le criticità del corso realizzato e di raccogliere suggerimenti ed eventuali osservazioni.

Relativamente ai **punti di forza**, rappresentati nella tabella 13, ampia rilevanza viene attribuita dai partecipanti al confronto professionale interistituzionale ed alla modalità del lavoro di gruppo. Questo dato evidenzia il valore aggiunto offerto dai percorsi formativi organizzati dalla Provincia di Roma che creano opportunità di conoscenza e momenti di riflessione comune.

Tra gli aspetti positivi vengono poi indicati “la qualità della docenza”, in linea con i giudizi espressi precedentemente, ed “il rilievo del tema trattato”, osservazione che conferma la validità della scelta della materia oggetto del corso.

Tabella 13: PUNTI DI FORZA DEL PERCORSO FORMATIVO PER SEDI DI CORSO

Sede corso	PUNTI DI FORZA								Totale
	confronto professionale interistituzionale	lavoro di gruppo	qualità della docenza	importanza del tema trattato	docenza tecnico professionale	materiale fornito	occasione per riflettere	teoria applicata all'operatività	
Ladispoli	2	3	4	3	0	1	0	0	13
Morlupo	1	1	1	3	0	1	0	0	7
Tivoli	2	8	3	5	1	0	0	0	13
Colleferro	5	4	3	2	0	0	1	1	16
Marino	7	1	4	2	4	1	1	0	20
Nettuno	2	0	0	0	0	0	2	0	4
Totale	19	17	15	15	5	3	4	1	79
	24,05	21,52	18,93	18,93	6,33	3,80	5,06	1,27	100,00
Municipio I	3	14	3	3	5	0	3	0	37
Municipio V	11	5	7	7	3	3	4	2	42
Municipio X	7	6	5	4	0	0	2	1	25
Municipio X	16	13	4	8	12	4	2	0	59
Municipio X	17	5	11	5	3	5	0	5	51
Totale	60	43	30	27	23	12	11	8	214
	28,04	20,03	14,02	12,62	10,75	5,61	5,14	3,74	100,00
TOTALE	79	60	45	42	28	15	15	9	293
	28,36	20,48	15,36	14,33	9,56	5,12	5,12	3,07	100,00

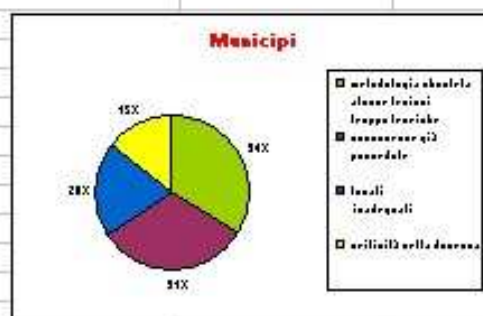


Nella tabella 14 vengono riportate le **criticità**, riferite in maggior parte alla metodologia di alcuni interventi formativi, ritenuta obsoleta e alla ridondanza di alcuni temi trattati, perché riferiti a conoscenze già acquisite nell'ambito di percorsi formativi specialistici. Questo dato viene completato da quanto riportato tra le osservazioni finali dei questionari in cui vi è un auspicio, da parte di alcuni corsisti, ad organizzare i prossimi percorsi didattici tenendo conto della maggiore o minore specializzazione dei corsisti.

Si rileva inoltre la presenza di segnalazioni di inadeguatezze ambientali di alcune delle sedi individuate per l'espletamento dei corsi, per ragioni di acustica e/o di temperatura.

Tabella 14: CRITICITA' DEL PERCORSO FORMATIVO PER SEDI DI CORSO

Sede corso	CRITICITA'				Totale
	metodologia obsoleta alcune lezioni troppo teoriche	conoscenze già possedute	locali inadeguati	criticità nella docenza	
Ladispoli	1	0	0	0	1
Marlupo	0	1	1	0	2
Tivoli	4	3	0	2	9
Colleferro	3	2	4	0	9
Marino	3	3	4	2	12
Nettuno	0	1			1
Totale	11	10	9	4	34
	32,35	29,41	26,47	11,76	100,00
I° Municipio	5	8	0	3	16
VIII Municipio	6	6	9	3	24
XI° Municipio	8	6	7	4	25
XIII° Municipio	4	5	3	2	14
XVII° Municipio	12	7	2	3	24
Totale	35	32	21	15	103
	33,98	31,07	20,39	14,56	100,00
TOTALE	46	42	30	19	137
	33,58	30,66	21,90	13,87	100,00



Per orientare la successiva attività di programmazione dei corsi, è stato chiesto ai partecipanti di indicare nel questionario gli **argomenti** ritenuti utili da sviluppare o da approfondire nell'ambito delle seguenti aree:

- Aspetti metodologici nella valutazione dei progetti e dei Piani di Zona
- Metodologia della ricerca sociale: osservatorio e sistema informativo
- Comunicazione, mediazione, gestione gruppi di lavoro
- Nuovi strumenti di partecipazione e cooperazione tra amministrazioni e cittadini per sostenere lo sviluppo dei territori
- Altro

Soltanto una minima percentuale di corsisti ha suggerito tematiche diverse da quelle proposte. Si tratta di indicazioni che riguardano soprattutto settori specifici di interesse, assai diversificati tra loro e non raggruppabili.

Rispetto all'offerta formativa, come illustrato nella tabella 15, nel territorio provinciale le preferenze si sono concentrate sul tema della metodologia della valutazione dei progetti e dei Piani di Zona, seguite dall'approfondimento delle tecniche di comunicazione, mediazione e gestione dei gruppi di lavoro.

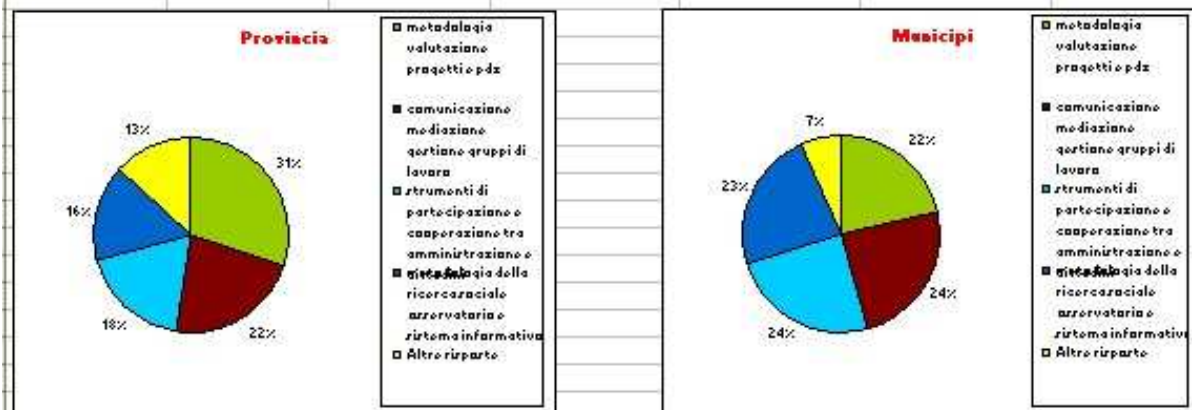
Si può ipotizzare che tale esigenza derivi da un lato dalla quotidianità della funzione esercitata dall'assistente sociale nell'attuazione del Piano di Zona e dall'altro da sollecitazioni emerse dallo stesso approfondimento del tema della valutazione.

Nel territorio del Comune di Roma tutte le proposte di approfondimento hanno suscitato analogo interesse.

Tabella 15: ARGOMENTI PROPOSTI PER PERCORSI FORMATIVI FUTURI PER SEDI DI CORSO

Sede corso	ARGOMENTI CORSI FUTURI					Totale
	metodologia valutazione progetti e pdz	comunicazione e mediazione gestione gruppi di lavoro	strumenti di partecipazione e cooperazione tra amministrazione e cittadini	metodologia della ricerca sociale osservatorio e sistema informativo	Altre risposte	
Ladispoli	14	11	10	8	1	44
Morlupo	4	3	4	5	0	16
Tivoli	11	12	12	7	4	46
Colleferro	18	7	5	8	1	39
Marino	3	0	0	1	16	20
Nettuno	4	6	2	0	2	14
Totale	54	39	33	29	24	179
	30,17	21,79	18,44	16,20	13,41	100,00
I° Municipio	13	16	13	13	1	56
VIII° Municipio	16	16	18	16	4	70
XI° Municipio	11	17	17	11	3	59
XIII° Municipio	14	18	12	15	5	64
XVII° Municipio	18	12	21	23	9	83
Totale	72	79	81	78	22	332
	21,69	23,80	24,40	23,49	6,63	100,00
TOTALE	126	118	114	107	66*	465
	27,10	25,38	24,52	23,01	0,00	100,00

* di queste nr.14 riguardano approfond. valutazione (strumenti, indicatori, progettualità)



Al fine di migliorare il processo di pianificazione dei futuri percorsi formativi e per renderli sempre più rispondenti sia in termine di qualità che di adeguatezza rispetto alle necessità di aggiornamento,

nel questionario è stato previsto uno spazio aperto per raccogliere eventuali **suggerimenti**, che sono rappresentati nella tabella 16.

Numerose indicazioni sono pervenute, soprattutto dal territorio provinciale, riguardo la necessità di rilevare i bisogni formativi per realizzare una pianificazione condivisa e partecipata dell'attività didattica.

Questa esigenza da sempre avvertita come prioritaria anche dalla Provincia di Roma, ha richiesto preliminarmente la costruzione di un tessuto omogeneo di conoscenze e competenze nell'ambito dei diversi distretti sociosanitari, che è stato possibile realizzare attraverso l'offerta di moduli formativi, centrati sull'approfondimento dei principi innovativi introdotti dalla L.328/2000.

Dopo queste prime esperienze, la Provincia intende ora proporre un'offerta formativa più varia ed articolata su tutto il territorio.

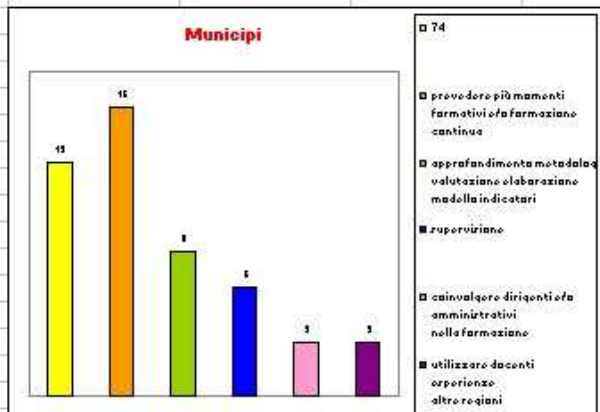
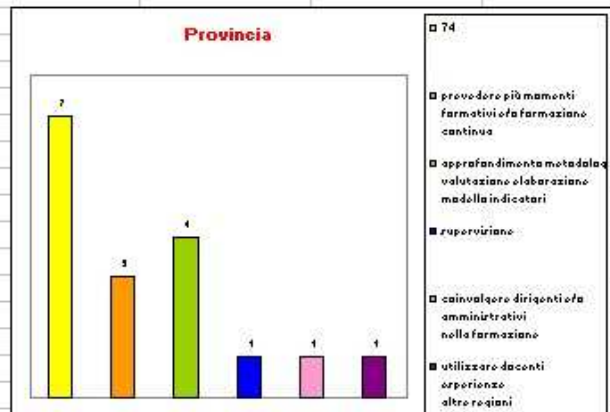
Viene altresì rappresentata l'esigenza di una formazione costante, intesa come risorsa di accompagnamento e sostegno al lavoro di servizio sociale, particolarmente rappresentata dai municipi di Roma.

Molti operatori provenienti dal territorio della provincia hanno richiesto ulteriori approfondimenti sulla metodologia della valutazione e sull'elaborazione di modelli ed indicatori e hanno espresso l'esigenza di usufruire di un'attività di supervisione. Inoltre è stato proposto di coinvolgere nell'attività formativa anche i dirigenti dei servizi e gli amministratori locali, con cui debbono rapportarsi nel quotidiano.

E' stato poi rilevato un interesse da parte dei corsisti a confrontarsi con formatori provenienti da realtà territoriali diverse, quale ulteriore opportunità di confronto tra modelli e prassi.

Tabella 16: SUGGERIMENTI PER PERCORSI FORMATIVI FUTURI PER SEDI DI CORSO

SUGGERIMENTI							
60	74	prevedere più momenti formativi e/o formazione continua	approfondimento metodologia valutazione elaborazione modelli indicatori	supervisione	coinvolgere dirigenti e/o amministrativi nella formazione	utilizzare docenti esperienze altre regioni stati europei	Totale
Provincia	7	3	4	1	1	1	17
	41,18	17,65	23,53	5,88	5,88	5,88	100,00
Municipi	13	16	8	6	3	3	49
	26,53	32,65	16,33	12,24	6,12	6,12	100,00
Totale	20	19	12	7	4	4	66
	30,30	28,79	18,18	10,61	6,06	6,06	100,00



Il punto di vista dei docenti

Alla conclusione del corso è stato chiesto ai relativi docenti, di restituire delle osservazioni e riflessioni in merito al percorso formativo, in modo da avvalersi dei suggerimenti e/o delle criticità da loro espressi per migliorare la qualità e l'efficacia delle future proposte formative.

Si riportano di seguito le note, in ordine ai moduli proposti, relative all'attività di docenza.

Luigi Colombini

CONSIDERAZIONI DI FONDO

- Un ruolo assolutamente importante della Provincia è connesso alla definizione della "audience" destinataria della attività corsuale e della definizione del fabbisogno formativo in relazione ai ruoli ed alle funzioni degli operatori sociali e sociosanitari.
- Tale attività deve portare a definire un quadro di riferimento articolato per ciascun distretto e orientato a prefigurare lo stato della "filiera sociale", che vede protagonisti i Comuni ed il terzo settore, ai fini della costruzione concertata e coordinata del welfare locale.
- A tale riguardo l'attività di assistenza tecnica, di monitoraggio e di preparazione del personale svolta dalla Provincia in quanto ente intermedio è strategicamente importante, e si connette alla costituzione dell "Osservatorio provinciale" sulle politiche sociali e l'offerta di forme di assistenza tecnica e formazione.
- E' importante definire in termini di maggiore coordinamento il quadro dell'apparato docente, che deve essere in grado di costituirsi quale "team didattico" organicamente e funzionalmente strutturato nel contesto della attività corsuale.
- A tale riguardo risulterebbe opportuno lo svolgimento di una attività preliminare volta alla definizione e alla indicazione puntuale dei temi da trattare, in modo da evitare eventuali duplicazioni, discordanze, e quindi procedere ad un coordinamento didattico adeguato.
- Pertanto ciascun docente dovrebbe essere in grado di presentare un report sulla sua relazione, con l'accompagnamento di adeguati sussidi didattici, in modo che ciascun contributo possa far parte della "sarcina" professionale di ciascun partecipante.
- Tali attività si ritiene che dovrebbero essere considerate a parte nel contesto del rapporto con la Provincia, e quindi prevedere per esse un corrispettivo di prestazione professionale specifico.
- Il "team" didattico non dovrebbe essere caratterizzato da estemporaneità, ma da continuità operativa, da connettere ad un ruolo permanente di consulenza e di assistenza per gli operatori che ne facessero richiesta, per prefigurare quindi un sistema di "formazione permanente".

- Particolarmente strategico è il ruolo di "referenti" locali della formazione permanente in grado di collaborare per la organizzazione dei corsi e proporsi in veste di "tutor" e di ricezione del fabbisogno formativo.
- In tale contesto è anche opportuno un collegamento con gli Ordini Professionali e le organizzazioni sindacali di rappresentanza degli operatori per definire il quadro della formazione.
- Lo strumento deve essere quello di determinare l'obbligatorietà della formazione, in modo da imporre "crediti formativi" che vanno a far parte del curriculum professionale degli operatori, anche ai fini della valutazione degli stessi.
- Quindi l'obiettivo finale del corso deve essere quello di dotare ciascun partecipante degli "strumenti" di lavoro adeguati a svolgere con sempre maggiore efficienza ed efficacia il proprio lavoro.
- Per ciò che concerne gli spostamenti nelle sedi del corso, occorrerebbe prevedere un rimborso per le spese di viaggio, preventivamente autorizzate e opportunamente documentate, specialmente nella considerazione che alcuni docenti per difficoltà fisiche potrebbero essere costretti ad affrontare onerose spese di spostamento.

ASPETTI DIDATTICI

- La preparazione della attività corsuale deve essere preceduta da una preliminare analisi del fabbisogno e delle domande formative, in modo da poter definire, attraverso il tutor, e per ciascun distretto, il quadro di riferimento articolato per professioni e per funzioni.
- Per ciascun modulo occorre prevedere una adeguata analisi di esposizione della tematica da affrontare, anche con la eventualità di prevedere specifiche "tavole rotonde" con più docenti.
- La attività deve essere preceduta da una adeguata presentazione non solo dei docenti, ma anche dei partecipanti, anche sotto forma di schede preventivamente elaborate, in modo da consentire la conoscenza reciproca e funzionale alla migliore resa della attività didattica.
- La tradizionale lezione frontale deve essere completata dalla costituzione per aree tematiche di gruppi di discussione o gruppi di lavoro dei partecipanti (massimo 8 persone per gruppo) in grado di approfondire le tematiche trattate e quindi dare la possibilità di verificare il livello di riscontro delle nozioni apprese.
- Alla attività didattica deve essere dato un seguito operativo volto anche a prefigurare assistenza tecnica e guida sul lavoro proprio in relazione alle tematiche affrontate (ad esempio: bilancio sociale, governance, valutazione, diagnosi sociale, lavoro sociale di comunità', oltre a temi operativi specifici), e collegata alla necessità di costruire una banca dati a livello provinciale adeguatamente attrezzata.

Paola Rossi

Le lezioni tenute da me hanno costituito di fatto un'iniziazione dei colleghi alla tematica della valutazione, mentre chi ha fatto seguito è potuto intervenire più puntualmente e in modo mirato su singoli aspetti. Ciò ha costituito una reale difficoltà, soprattutto in considerazione del fatto che io non conoscevo i territori e le problematiche in cui i colleghi sono coinvolti e non avevo alle spalle un'elaborazione di gruppo e un piano di lavoro maturato nel reciproco confronto con coloro che avevano compito di docenza.

Se dovessero ripetersi consimili esperienze, credo vada dato più spazio e tempo alla formazione di un gruppo di formatori, evitando l'assegnazione di incarichi a singoli. La proposta formativa deve avere una sua univocità per essere incisiva.

Credo che un'esperienza quale quella maturata in questa occasione potrebbe utilmente avere un seguito in un lavoro in piccoli gruppi e nell'esame di documenti di lavoro proposti dagli stessi colleghi.

E' noto che solo attraverso una partecipazione attiva e rielaborando criticamente le proprie esperienze con l'aiuto di esperti esterni è possibile trarre il massimo di profitto da un'esperienza di formazione.

Ritengo che da questo primo approccio alla complessa questione della valutazione si debba transitare verso la supervisione con gruppi omogenei.

Non conosco, né mi è stato dato modo di conoscere, tutto il progetto del Servizio Sociale della Provincia di Roma, che sicuramente ha grandi indiscutibili meriti.

Sono comunque convinta che ci si debba riferire con costanza ad un gruppo di formatori che adotti nel reciproco confronto una metodologia di approccio ai problemi da trattare e ai gruppi di colleghi cui sono destinati i corsi, senza trasferire esperienza e modalità d'insegnamento maturate in altra sede.

Credo che avrei potuto dare molto di più e mi sarei sentita più soddisfatta del lavoro, comunque impegnativo, in un contesto quale quello che ho descritto.

Adriana Cortesi Gay

Ritengo che il corso abbia centrato gli obiettivi che il Dipartimento della Provincia si era proposto: ridurre la marginalità dei servizi sociali valorizzando - attraverso un processo volto a fornire in modo sistematico nuove competenze - l'impegno e la professionalità degli assistenti sociali.

Non è semplice esprimere una valutazione del corso, dell'interesse e dell'impegno dei partecipanti per chi, come la sottoscritta, ha tenuto lezioni introduttive spaziando nel vasto e innovativo campo di una metodologia scarsamente conosciuta dai partecipanti. Inoltre, non avendo partecipato all'incontro con i docenti il 17 febbraio, mi è mancato il confronto con i colleghi che hanno fornito strumenti e metodi volti a perseguire un miglioramento delle azioni intraprese.

Dalle riunioni è emerso l'interesse dei partecipanti al tema, il desiderio di sistematizzare conoscenze ed esperienze vissute senza un inquadramento teorico e metodologie appropriate. Gli incontri hanno confermato il sovraccarico di lavoro cui sono sottoposti gli assistenti sociali e per quanto riguarda i colleghi della Provincia anche la varietà di impegni in molteplici settori. Dedicare tempo alla valutazione in modo sistematico e professionale implica utilizzare strumenti specifici, seguire una metodologia appropriata e confrontarsi con periodicità prestabilita con i colleghi o con équipe di professionisti.

Il corso sulla valutazione è stato fondamentale per accrescere o aggiornare le competenze degli assistenti sociali ma ritengo sarà necessario dare seguito ad altri incontri sul tema per sostenerli nella pratica ed aiutarli ad esplicitare e fare pressione sull'ente di appartenenza riguardo alla necessità di prevedere momenti di incontro con periodicità prestabilita (meglio se con il supporto di un esperto) con i colleghi e gli operatori interessati.

Queste opportunità, che stimolano la riflessione, la consapevolezza e accrescono la qualità degli interventi, vanno incrementate anche in situazioni di forte carico di lavoro: è preferibile contenere, almeno per un certo tempo, il numero delle prestazioni ma assicurare la miglior qualità possibile dell'intervento: la valutazione, con la pratica costante come altre metodologie, entra nel bagaglio professionale dell'assistente sociale e diventa una modalità automatica del lavoro, rappresenta un valore aggiunto nella qualità dell'intervento.

Marco Accorinti

L'obiettivo principale della lezione su "Il percorso di valutazione: teoria, metodi e strumenti" inserita nel corso "Il servizio sociale professionale e la valutazione" della Provincia di Roma, ha riguardato la comprensione dei meccanismi di creazione della cultura operativa orientata alla valutazione e alla qualità, ovunque e comunque essi possano essere attivati, nell'ambito del servizio sociale professionale.

Dal punto di vista dell'approccio complessivo, la lezione è stata incentrata su aspetti contenutistici e metodologico-organizzativi e sulle considerazioni generali degli operatori coinvolti nel progetto formativo, tentando di verificare se e quanto gli interventi valutativi possano incidere sul miglioramento delle competenze degli operatori del sistema ma anche sulle loro percezioni in merito alle prospettive di cambiamento futuro dell'organizzazione di cui fanno parte.

La formazione del personale dei Servizi sociali provinciali, al pari di altre esperienze formative rivolte alla qualificazione delle risorse umane, costituisce un elemento di portata sostanziale per l'innalzamento qualitativo dei livelli dei singoli operatori ma anche del contesto complessivo in cui si inseriscono in termini di realizzazione di progressi negli standard di qualità nell'erogazione dei servizi, ma anche di completezza, stabilità e apprezzamento dei rapporti tra "addetti ai lavori" e fruitori dei servizi.

E' quindi da sottolineare l'importanza di rilevare la qualità delle azioni formative, in termini di attività realizzate e modalità realizzate implementate, e l'efficacia delle stesse attraverso la verifica dei risultati conseguiti soprattutto in termini di competenze acquisite e sensibilità e nuovi atteggiamenti nati spendibili non solo dal singolo ma utili anche per le future attività formative previste.

Sarebbe quindi utile una verifica degli apprendimenti e dei cambiamenti registrati nell'organizzazione di appartenenza, a distanza di 6-12 mesi.

Rispetto al metodo adottato ai fini della presente attività di analisi, sulla base di alcuni criteri quali la coerenza tra risultati ottenuti e obiettivi prefissati, ci sembra di poter valutare positivamente, in tutte le sedi del Corso, l'impatto delle attività realizzate sui destinatari raggiunti.

La valutazione personale non può non prendere a riferimento anche i risultati delle valutazioni espresse dagli allievi, e altri materiali di valutazione prodotti dagli stessi (tra i quali 2 mail personali, 3 contatti face hook e la presa di contatto per altra attività da parte di 2 Municipi e del Dipartimento V del Comune di Roma). In tutti questi casi, si conferma il giudizio positivo espresso rispetto alla rilevanza pratica dei contenuti trasmessi.

Ci sembra infatti di poter aggiungere che un elemento sul quale impostare la prossima formazione è proprio l'accompagnamento "didattico" verso il cambiamento interno, personale e dell'organizzazione, che presuppone non tanto (o non soltanto) una attività didattica frontale, bensì lavoro di gruppo e supervisione organizzativa.

Inoltre, si consideri che l'attività di docenza è stata svolta da un docente non assistente sociale e professionista del settore. Questi due elementi, all'inizio visti con un atteggiamento quasi "polemico", sembrano essere risultati vincenti rispetto alla considerazione sui contenuti trasmessi, solo alla fine della prima parte dell'incontro.

Dal punto di vista metodologico, si sottolinea l'importanza della funzione di coordinamento didattico e di accompagnamento delle lezioni: si è notata l'importanza del continuo confronto e verifica con i responsabili del progetto formativo e con i referenti locali per "calare" sul territorio le attività della formazione al fine di garantire che le lezioni fossero tra loro coerenti e soddisfacessero gli obiettivi espressi nel progetto formativo.

Rispetto alla fase attuativa non si possono non notare i livelli di partecipazione delle attività da parte degli allievi e la positiva scelta di integrare professionisti provenienti da realtà diversificate (pubblico, private, sociali e sanitarie).

Angelina Di Prinzio

Il corso di aggiornamento, organizzato dalla Provincia di Roma e rivolto ai colleghi del territorio, curato unitamente alle colleghe Elena Spinelli e Giovanna Sammarco, in due dei cinque moduli, ha affrontato le tematiche relative a: 1) modulo: l'attività di valutazione come dimensione propria del servizio sociale professionale 2) modulo: autovalutazione del lavoro degli assistenti sociali e gli aspetti tecnici e metodologici della valutazione dell'intervento nella relazione d'aiuto.

In molti casi il materiale utilizzato per la presentazione ha rappresentato lo strumento di analisi e di sintesi con cui, di volta in volta, i contenuti presentati prendevano forma in relazione alle differenti situazioni e si caratterizzavano secondo le rispettive specificità: personali, di gruppo, istituzionali e di contesto. Uno degli elementi che si è presentato con una certa ricorrenza nei diversi gruppi coinvolti, ha riguardato il tema dell'identità professionale collegato a quello dei significati e della rappresentazione sociale della professione, in particolare la questione collegata al riconoscimento e alla visibilità da parte delle organizzazioni - enti, dirigenti, amministratori, colleghi delle altre professioni e della comunità nelle sue diverse articolazioni.

Un altro aspetto interessante, strettamente collegato alla presenza inedita dei colleghi del terzo settore all'interno dei gruppi, ha evidenziato alcune criticità e sollecitato un ampio dibattito su alcune questioni tra cui quelle relative all'impiego di professionisti impegnati in servizi specifici appaltati dall'ente pubblico ad enti esterni, come le associazioni, le cooperative e le fondazioni.

Altri gruppi hanno sottolineato l'inefficienza dell'impiego nei servizi di forme di lavoro atipico, contratti precari o con un monte ore irrisorio rispetto alle esigenze effettive del servizio. In altri casi, colleghi provenienti dalle cooperative e/o dalle associazioni, ma occupati in attività istituzionali proprie degli Enti e quindi, in un rapporto di contiguità, spesso anche fisica e per le medesime attività, con i professionisti dipendenti del servizio pubblico.

Tale situazione rischia di condizionare pesantemente quel vincolo sinallagmatico finalizzato a produrre obblighi reciproci e a generare anomalie, conflittualità, ambiguità, sovrapposizioni e spesso indeterminazione sul concetto stesso di valutazione e sulla dimensione da valutare con la conseguente ricaduta sulla qualità dei servizi, sulla trasparenza, l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa.

L'esternalizzazione dei servizi, in coerenza con il quadro normativo di riferimento e con le linee di indirizzo di politica sociale degli ultimi anni, rappresenta una sfida ed una potenzialità necessaria per rispondere ai bisogni individuali e collettivi; valorizzare il contesto territoriale e promuovere il welfare locale, racchiude, però, anche alcune insidie e fattori di rischio, che, soprattutto in una fase di crisi, di recessione politica, economica e culturale della nostra società potrebbe incidere pesantemente sulla qualità delle azioni, sulla precarizzazione del lavoro e sulla salvaguardia dei livelli occupazionali del personale impiegato.

Le suggestioni emerse durante i corsi, hanno riportato il dibattito e la riflessione su temi vecchi e nuovi, ponendo numerosi interrogativi: come coniugare per esempio l'esigenza di concorrenzialità e innovazione con la qualità dei servizi e in coerenza con i mandati specifici della professione? Quali indicatori di valutazione? Come integrare le prerogative del servizio sociale professionale con quelle del terzo settore e ancora, con le associazioni di volontariato, preservando l'identità e le funzioni di ciascuno?

La storia della nostra professione, come sappiamo, ha attraversato diverse fasi evolutive, mantenendo un legame importante e traendo impulso dalle istanze politiche, etico-sociali e di partecipazione dal basso. All'interno di questo contesto, la legge 328/00, ha rappresentato per molti versi il giusto coronamento di un'aspettativa agognata da più di un secolo, tuttavia, a mio avviso occorre, superata la fase di enfasi della coprogettazione, delle contaminazioni, del fare insieme, ripensare in chiave critica, a come necessariamente differenziarsi, ciascuno per le proprie competenze, pur rimanendo in quella zona grigia che è spesso il luogo privilegiato, l'officina concreta da cui nel sociale si traggono energie, idee, competenze, senso, vitalità e capacità progettuali.

Giovanna Sammarco

Premesso che sarebbe opportuno:

- ascoltare gli operatori dei servizi a cui è rivolto il corso per conoscere direttamente le loro esigenze formative (anche di materie specifiche su problematiche particolari ed emergenti).
- differenziare la formazione in base alla preparazione degli operatori, tenendo conto che diversi o sono impegnati all'università per la specialistica o hanno conseguito di recente la laurea magistrale, mentre altri sono rimasti con la formazione solo di base.
- organizzare un corso per i dirigenti, che in genere venendo da altre discipline sono estranei alle materie e alle metodologie del Servizio Sociale.

Riflessioni sul corso:

- Molto utile rivolgere il corso a tutti gli operatori (comune, ASL, privato sociale) di un medesimo territorio: per approfondire la conoscenza reciproca, elaborare una metodologia comune e favorire l'integrazione.
- Sono stati molto apprezzati l'esercitazioni che hanno proposto l'utilizzo di strumenti di valutazione, tramite lavori di gruppo costituiti da operatori di varie provenienze istituzionali operanti nel medesimo territorio. Nella discussione del caso, a volte si è scoperto che la situazione era stata conosciuta e/o seguita da altro servizio presente nel gruppo senza saperlo.
- Gli operatori hanno partecipato attivamente ai lavori di gruppo e mostrato interesse a conoscere ed ad utilizzare gli strumenti per la valutazione. Si è evidenziata, inoltre, la

necessità di un confronto sia per le loro problematiche legate a fattori organizzativi, ma anche per le metodologie di lavoro.

Suggerimenti:

- Incrementare le esercitazioni ed i lavori di gruppo, accompagnando i partecipanti in una esperienza o progetto concreto, utilizzando insieme strumenti adeguati ed individuando gli indicatori per lo specifico campo di lavoro.
- Creare delle possibilità di formazione continua (seminari, workshop ecc.), anche aggiornando la bibliografia sulle novità del settore e facendo circolare le informazioni utilizzando pure gli strumenti informatici.
- Individuare un territorio dove poter seguire e sperimentare strumenti e metodologie di lavoro per dei progetti pilota o per situazioni organizzative innovative.

Elena Spinelli

La pratica della valutazione rappresenta una sfida per il servizio sociale affinché rinnovi le proprie metodologie e categorie interpretative; il lavoro di formazione presuppone il riconoscimento che gli assistenti sociali "praticano" un'importante attività valutativa nel quotidiano, ma esiste una difficoltà a renderne conto e a rendere visibili le conoscenze, spesso sofisticate, che sono utilizzate nell'azione professionale e/o che ne derivano.

Il corso ha offerto a mio avviso la possibilità di affrontare quel divario ancora presente nella professione di servizio sociale appunto tra il livello operativo dell'attività quotidiana e il livello teorico della elaborazione accademica e di ricerca sulla valutazione.

Negli incontri con le/i partecipanti al corso si è quindi lavorato su un approccio metodologico alla valutazione nell'ottica che questa diventi elemento costitutivo della professione, come possibilità e necessità di valutare in modo autocritico e riflessivo i processi e i risultati del concreto lavoro sul campo e non solo come qualcosa che viene applicato ex-post alla pratica. Nello specifico incontro da me svolto i temi trattati hanno riguardato da un lato aspetti relativi alla valutazione partecipata come atto relazionale (resistenze, difese che possono snaturare il processo valutativo trasformandolo da strumento di apprendimento a vera e propria "svalutazione che porta a sminuire e/o ignorare informazioni pertinenti alla soluzione del problema"), dall'altra si è affrontato il tema degli indicatori di qualità dell'intervento professionale dell'assistente sociale utilizzando una scheda di autovalutazione elaborata in un lavoro di formazione svolto dall'IRS, centrando la discussione sui criteri e sugli indicatori scelti nella scheda. Ciò ha permesso anche di approfondire aspetti metodologici della costruzione di indicatori. La possibilità di svolgere un lavoro in sottogruppi, appunto sulla scheda, ha permesso una partecipazione attiva anche se naturalmente il tempo a disposizione ha limitato l'approfondimento degli interessanti spunti di discussione che emergevano.

La scheda proposta ha invogliato alcuni dei partecipanti a riutilizzarla nei propri servizi per ridiscutere nel contesto locale aspetti della qualità del lavoro professionale. La collocazione di questo incontro mi è sembrata valida dopo gli aspetti normativi e deontologici della funzione valutativa nel servizio sociale del primo incontro e gli aspetti teorici e metodologici del processo valutativo trattati nel secondo incontro.

Nel complesso mi sembra che il corso sia stato ben impostato, l'aspetto carente è stata forse la poca integrazione tra i docenti relativamente ai contenuti dei singoli incontri lasciata alla iniziativa personale. Ma questo è un aspetto presente spesso in corsi di formazione che utilizzano più docenti.

Soggettivamente ho trovato molto interessante svolgere lo stesso incontro in realtà operative diverse, in particolare ho avuto occasione di conoscere realtà della provincia a me sconosciute .

ESITI DEL CORSO: PRESENTAZIONE DI UNA ESPERIENZA

Autovalutazione del Servizio di Assistenza Sociale Ospedaliero

Daniele Ferri*

AUTOVALUTAZIONE (Self-evaluation) PECULIARITA'

Questa autovalutazione segue la Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri : “una pubblica amministrazione di qualità” (Dip. Funzione Pubblica) del 19/12/2006 pubblicata sulla G.U. serie generale n° 226 del 28/9/2007 - Allegato 1) ; che elenca e sancisce cos'è l'autovalutazione nella Pubblica Amministrazione in Italia e i suoi criteri pratici di attuazione.

Interessante è la definizione dell'European Foundation for Quality Management in essa riportata: *“L'autovalutazione è un'analisi esauriente, sistematica e periodica delle attività e dei risultati di un'organizzazione. Il processo di valutazione che consente ad un'amministrazione di individuare chiaramente i punti di forza e aree di miglioramento, deve tradursi in azioni di miglioramento pianificate e monitorate nel tempo per verificarne l'andamento”.*

In questa AUTOVALUTAZIONE (Self-evaluation) si cercherà di analizzare la “qualità di un Servizio Sociale” inserito in una Struttura Ospedaliera, il Complesso Integrato Columbus, collocata nel contesto metropolitano di Roma e di una Regione: il Lazio, che ha adottato importanti politiche sanitarie per i cittadini residenti.

Anche se tale Struttura Ospedaliera è di natura “privata-convenzionata” , si attiene agli standard operativi del Servizio Pubblico e quindi ritengo l'autovalutazione applicabile a questo Servizio di Assistenza Sociale.

Inoltre, la Direttiva pone anche un altro criterio dell'autovalutazione che è quello della validazione esterna e tra pari (peer-evaluation) per certificarla.

PERCHE' l'autovalutazione - breve cronistoria

Questa Autovalutazione ebbe in realtà inizio già 8 anni fa, quando venne creato il Registro Ufficiale dei casi trattati dal Servizio Sociale C.I.C. (su supporto informatico di tipo Excel su Windows).

Il Registro Ufficiale è lo strumento principale con cui si è potuta realizzare questa autovalutazione e dove sono raccolti tantissimi dati sui casi seguiti dall'anno 2000 ad oggi.

Uno dei perché è intrinseco all'autovalutazione stessa, cioè si è sperimentato che effettuando un'autovalutazione si hanno dei benefici effetti sulla qualità del Servizio Sociale come ad esempio il miglioramento della scheda di rilevazione dati , scaturito proprio da questo lavoro sull'autovalutazione (vedere allegato n° 2) .

Per finire è stato accolto l'invito “a fare autovalutazione” espresso da parte del Presidente dell'Ordine Regionale assistenti sociali del Lazio Dott.ssa Maria Laura Capitta al corso di formazione della Provincia di Roma per assistenti sociali, a dicembre 2008.

Come insegnato nel corso di formazione , si sono proprio attraversate tutte le 5 fasi descritte da Marco Accorinti (a) per una buona autovalutazione (i tempi e le modalità sono tra parentesi) :

- Ideazione** (8 anni fa).
- Attivazione** (frammentaria in questi anni) .
- Progettazione** (5 mesi).
- Realizzazione** (Dicembre 2008 e Gennaio 2009).

* Assistente sociale, Complesso Integrato Columbus- Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico Universitario A. Gemelli. Roma.

•**Verifica** (con la Direzione Sanitaria del Complesso Integrato Columbus, l'Amministrazione dell'Associazione Columbus, con l'Ordine Regionale degli Assistenti Sociali del Lazio e la sua Comunità professionale) .

La scelta di valutare solo l'anno 2008 è dovuta al tempo occorrente alla realizzazione dell'autovalutazione (due mesi circa) e alla scarsità di risorse umane praticamente un assistente sociale di ruolo e un assistente sociale volontario per portare avanti tutto il lavoro .

AUTOVALUTAZIONE - parte operativa

Il Servizio di Assistenza Sociale Ospedaliero (S.A.S.) si occupa di offrire orientamento e sostegno al paziente e a i propri familiari che vivono una situazione di disagio psico-sociale, mediante il raccordo con le strutture ed i servizi territoriali (C.A.D. , Municipi , ASL , altre strutture ospedaliere e di riabilitazione, Provincia, Case – famiglia, Centri di accoglienza, SERT, D.S.M. , Hospice oncologici) .

Il S.A.S. opera dal 4 Aprile 2000 all'interno del Complesso Integrato Columbus con l'Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico Universitario Agostino Gemelli di Roma - afferente alla Direzione Sanitaria C.I.C. (www.h-columbus.it) .

L'attività dell'assistente sociale si diversifica a seconda dei campi di intervento e del tipo di problematica della persona che si rivolge al Servizio : si va dal semplice disbrigo delle pratiche , fino allo sviluppo di un progetto di aiuto che veda come protagonista il paziente stesso. Tutto questo viene messo in pratica in un'ottica di collaborazione e confronto anche nel rispetto del “Codice in materia di protezione dei dati personali “ - D.Lgs del 30 Giugno 2003 n ° 196 (entrato in vigore il 1° Gennaio 2004) alle sue successive modificazioni ed integrazioni. Questo Servizio ha già adempiuto a consegnare all'Amministrazione C.I.C. il Regolamento sulla “privacy” per l'Area servizio di assistenza sociale C.I.C. nel maggio 2008 .

Il lavoro operativo del S.A.S., dal 17/10/2001 è stato suddiviso in aree di intervento e si rivolge alle persone segnalate al Servizio da parte dei medici ospedalieri e del personale C.I.C. (Ricoverati, pazienti dei vari Day Hospital , pazienti ambulatoriali, e del Servizio di Emodialisi). Le aree di intervento sono le seguenti:

AREE DI INTERVENTO del Servizio di Assistenza Sociale C.I.C.			
1. Oncologia	2. Psichiatria	3. Immigrazione	4. Anziani
5. Riabilitazione	6. Alcolismo	7. Farmacodipendenze	8. S.A.S.

Queste Aree non sono da considerarsi rigide ma prevalenti. Alcuni semplici esempi ne spiegheranno il perché:

e)a volte, molti pazienti “anziani “sono pazienti oncologici o da riabilitare (sono considerati “anziani” secondo l'ISTAT le persone con età pari e/o superiore ai 65 anni) ;

f)peraltro alcuni pazienti oncologici (e non sempre anziani), diventano pazienti oncologici terminali con problematiche a volte psicologiche gravi ;

g)l'area contrassegnata dal numero 8 (area del Servizio di Assistenza Sociale) corrisponde a tutti quei casi che non possono essere inseriti in una sola area proprio per la complessità del caso trattato (a volte ci sono anche persone con problematiche familiari e sociali che coinvolgono le altre 7 aree).

Si vuole ricordare che le persone con handicap e gli invalidi civili non hanno un'area specifica di intervento nel S.A.S. , ma sono automaticamente inseriti, proprio in base alla loro complessità assistenziale, nell'area 8 .

Purtroppo i pazienti invalidi si trovano quotidianamente in ogni “area di intervento” e da sempre sono considerati dei beneficiari prioritari delle attenzioni di questo Servizio Sociale.

In questi anni, inoltre, il Servizio, gli operatori ed i suoi strumenti di lavoro hanno attraversato tanti cambiamenti (compresi 4 traslochi all’interno della Struttura) . Il numero degli assistenti sociali è così variato in questo arco di tempo di 8 anni :

dal 1/10/2001 al 31/1/2004 e dal mese di agosto 2005 al 17 Marzo 2006 il S.A.S. ha operato con 2 assistenti sociali entrambi di ruolo;

dal 18 Marzo 2006 al 31/12/2007 il S.A.S. ha operato con 1 solo assistente sociale di ruolo ;

dal mese di Gennaio 2008 al 17/12/2008 il S.A.S. ha avuto un assistente sociale di ruolo e un collaboratore volontario l'assistente sociale Philipp Barenburg che ha contribuito all’inserimento dei dati del Registro Ufficiale informatico e nell’archivio cartaceo.

L’ autovalutazione del lavoro svolto da questo Servizio Sociale non sarà certo esaustiva ed avrà sicuramente i suoi limiti.

Un limite, è riferito al numero progressivo delle segnalazioni effettive e registrate sul Registro Ufficiale nell’anno 2008 che sono in realtà n° 348 .

Le 16 situazioni escluse, sono tutte riferite a persone NON - RICOVERATE nei Reparti di degenza e corrispondono a :

a)alle situazioni segnalate ufficialmente sia dai Primari che dai medici dei Reparti di degenza nonché dalla stessa Direzione Sanitaria, riferite ai pazienti cosiddetti “esterni” e sono in numero di 12 . Queste sono sia persone ex ricoverate in C.I.C. , già dimesse da tempo , che persone ricoverate in altre Strutture e/o rimaste a casa bisognose di aiuto. Il lavoro del Servizio Sociale è stato quello di consulente a distanza sulle possibilità di aiuto strutturate nei vari colloqui avuti con gli stessi pazienti e/o familiari.

b)Una paziente del Servizio di Emodialisi C.I.C. segnalata per la prima volta nel 2008 e quindi inserita nel Registro Ufficiale. Gli altri pazienti del Servizio di Emodialisi comunque seguiti a vario titolo nell’anno 2008 ma non sono qui menzionati. Come per esempio i 3 pazienti del Servizio di Emodialisi con cui si è elaborato un progetto personalizzato di aiuto , tutt’ora operativo. Si tratta di 3 giovani di età compresa dai 19 ai 37 anni, che effettuano il trattamento dialitico 3 giorni a settimana. Invece, tutti i pazienti ricoverati dei reparti di Nefrologia C.I.C. e di Dialisi C.I.C. segnalati al S.A.S. li troveremo inseriti nel campione d’indagine .

c)Due pazienti sono stati segnalati dal Day Hospital di Radio e Chemioterapia C.I.C. con cui si è ripreso a collaborare da alcuni mesi, dopo un periodo di stand by.

d)Una paziente segnalata Day Hospital di Reumatologia .

L’analisi quindi, si focalizzerà solo sui pazienti ricoverati nei reparti del Complesso Integrato Columbus e segnalati al servizio di assistenza sociale dal 1/1/2008 al 31/12/2008 .

Il piccolo campione d’indagine perciò si compone di 332 persone ricoverate.

Contemporaneamente, il campione d’indagine di questa autovalutazione, proverà a far emergere due delle caratteristiche principali del lavoro ospedaliero :

l’aspetto della dignità della persona / paziente in ospedale;

il “clima” delle situazioni umane dei pazienti ricoverati che si sono presentate nell’ anno 2008 in un Servizio di Assistenza Sociale Ospedaliero .

Tutte le suddivisioni inserite nel Registro Ufficiale in teoria ed in pratica

Le otto grandi aree di intervento, ci permettono di suddividere nello specifico le problematiche ma non le modalità di lavoro verso il paziente effettuate dal servizio sociale ospedaliero.

Tuttavia, per avere dei dati apprezzabili del nostro Campione, che ci riportino anche alla valutazione delle due caratteristiche riferite sopra; occorre SUDDIVIDERE i dati in maniera da ottenere delle variabili misurabili utilizzando proprio il Registro Ufficiale .

Tali suddivisioni sono riportate nella tabella riepilogativa a mappatura sottostante, con un'opportuna e doverosa spiegazione insieme alla loro rilevazione statistica .

Proprio questi dati rilevati e misurati, proveranno a descrivere il lavoro ospedaliero complessivo, l'aspetto della dignità della persona ed il "clima" riscontrato; determinando alla fine il risultato della autovalutazione .

Vista la quantità ed il volume dei dati, non tutte le variabili saranno utilizzate nell'autovalutazione ma solo alcune di esse che abbiano la completezza necessaria per essere considerate "una variabile significativa".

Vediamole in dettaglio:

Numero progressivo delle segnalazioni	Cognome e nome luogo e data di nascita Sesso Età	Stato civile	Permesso di soggiorno	Vive solo in casa
Vive con i familiari e/o vicini, amici etc	Reparto di degenza o Servizio di segnalazione	Medico che segue il paziente Nominativo e qualifica di chi ha segnalato il paziente	Diagnosi e motivo medico/clinico di ricovero e/o cura del paziente	interventi effettuati dall'assistente sociale per il paziente e i familiari
Mezzi di dimissione del paziente (mezzi propri, ambulanza privata, ambulanza C.I.C. etc)	Tipologia delle Struttura di ricovero dove vengono trasferiti i pazienti ricoverati	Data di ricovero, data di segnalazione e data di dimissione.	Degenza media dei casi segnalati Durata del caso seguito da S.A.S. .	Comune e/o Municipio di residenza e A.S.L. di residenza
REDDITO	Invalità civile / di guerra / lavoro / già riconosciuta (percentuale)	Indennità di accompagnamento o assegno di invalidità civile	Verbale della legge 104/92	

Spiegazione sintetica e "concreta" delle "variabili"

Numero progressivo delle segnalazioni : serve a vedere il numero complessivo dei casi segnalati ufficialmente dall'inizio dell'attività del Servizio, ossia dal 4 aprile del 2000.

Da questa data al 31/12/2008 sono stati seguiti n° 2461 casi tutti registrati sul Registro Ufficiale dei casi trattati dal Servizio Sociale C.I.C.

Cognome Nome - luogo e data di nascita - sesso - età : sono le variabili (le ultime due) da considerare anche nella correlazione con le altre; ad esempio, alla patologia per cui il paziente è stato ricoverato, le sue modalità di assistenza fuori dal contesto ospedaliero (in altra Struttura e/o a casa).

Riguardo il sesso e l'età quindi , le nostre 332 persone sono così suddivise :

	Numero	Età media
FEMMINE	219	78
MASCHI	113	76
Totale	332	76 anni età media (M+F)

Per la tabella sopra riportata, si riferisce che, il paziente più giovane è un ragazzo di 21 anni senza fissa dimora ricoverato nel reparto di Terapia Medica U.C.S.C. per coma glicemico. Il ragazzo, dopo aver ripreso coscienza ha voluto essere dimesso, (firmando la cartella clinica) rifiutando le cure e l'assistenza ospedaliera per ritornare in strada. Mentre la paziente più anziana è una signora di 99 anni ricoverata nel Reparto di Ortopedia e Chirurgia della mano U.C.S.C. e trasferita in riabilitazione dopo solo 8 giorni dalla sua segnalazione al Servizio Sociale.

Stato civile : è una variabile utile a verificare il successivo percorso assistenziale del paziente.

Da questo semplice dato, si verifica il “collante familiare” del paziente, la sua qualità di vita a casa e le possibilità assistenziali anche da ricoverato; cosa, quest'ultima, che diventa difficile per le persone sole ed impossibile per gli anziani soli in casa.

	Femmine	Maschi
Coniugata / o	67	65
Divorziata / o	2	0
Nubile / celibe	33	13
Separata / o	3	3
Vedova / o	104	26
Non è rilevato il dato	9	6
Totale 332 (219+113)	219	113

Permesso di soggiorno (variabile non inserita in nessuna rilevazione) : in realtà, si inseriscono nel Registro Ufficiale dei Casi Sociali i pazienti immigrati assistiti dal S.A.S., comunitari ed extracomunitari che abbiano il permesso di soggiorno *ed anche quelli che non lo hanno*.

Le situazioni segnalate riguardano soprattutto le persone senza permesso di soggiorno ricoverate al pronto soccorso per le necessarie cure primarie e poi dimesse .

C'è però una nuova realtà, quella delle persone immigrate regolarmente presenti in Italia e/o Comunitarie (Cittadini Polacchi e Romeni) che vengono ricoverate in ospedale con delle patologie gravi (come la cirrosi epatica), mentre altre volte si riscontrano patologie oncologiche ed anche patologie “terminali “.

Questa è la una nuova frontiera di un Servizio di assistenza sociale e/o di aiuto alla persona, dove tutti noi ci dovremo confrontare nei prossimi anni.

In queste situazioni ci sono anche storie di solitudine legate alla lontananza fisica dai familiari rimasti nello stato di origine. Si possono testimoniare alcune storie di vita e di viaggi miracolosi per poter rientrare nel proprio Paese solamente per morire a casa propria (con o senza un permesso di soggiorno).

Tra queste persone ci sono alcuni Senza Fissa Dimora che da anni sono conosciuti anche dai Servizi di Emergenza Sociale del Comune di Roma.

Qualcuno di loro ha accettato, in passato, attraverso il S.A.S. di sottoscrivere un progetto personale di ridefinizione del proprio percorso di vita e di assistenza attraverso l'inserimento in un percorso progettuale protetto : in Case Famiglia, Fondazioni etc; e a volte ritornano a ricoverarsi in C.I.C. attraverso il pronto Soccorso del Policlinico A. Gemelli .

Vive solo in casa - Vive con i familiari e/o vicini, amici etc : i dati rilevati nella prima riga della tabella riguardano i pazienti soli, il loro numero elevato indica che lo stile e la scelta di vita nella solitudine riguarda molte persone del nostro campione.

Molte delle 91 persone sole, sono anziane e nella maggioranza dei casi hanno fatto questa scelta di vita *“per non dare disturbo ai loro familiari”* ; come loro stessi più volte hanno riferito .

Sarebbe interessante incrociare le variabili legate alle patologie sviluppate da queste persone con le loro storie di vita, ma i limiti di tempo di questa ricerca non lo consentono.

Il dato curiosamente ex aequo di persone che vivono con il marito e di quelle che vivono con la moglie nonché tutte le altre suddivisioni sulle modalità di convivenza potrebbero rispecchiare la nostra attuale società civile.

Persone che vivono sole	91
Persone che vivono con il /la badante	40
Persone che vivono insieme ad un figlio/a , una sorella , un compagno/a	68
Con la moglie	37
Con il marito	37
Con un' amico / amica	8
Con le consorelle religiose	3
Persone che vivono in casa di riposo privata	8
Ricoverate in R.S.A. e/o Lungodegenza post-acuzie	12
Non è stato rilevato il dato	28
Totale	332

Reparto di degenza o Servizio di segnalazione : dove è ricoverato il paziente ? Qual è il medico che lo segue a livello clinico?

Queste non sono banali domande, ma due importanti informazioni per l'assistente sociale che in base alla risposta dovrà già modulare differenti possibilità di aiuto. Nel Complesso Integrato Columbus c'erano nel 2008 - 17 differenti Reparti di Degenza, un Day Hospital oncologico di radio e chemioterapia, 1 Servizio Dialisi, il Day Surgery , vari Servizi ambulatoriali con la disponibilità al ricovero (come l'unità operativa di Anestesiologia oppure l'unità operativa di Dermatologia). Tutte queste differenti professionalità e specializzazioni cliniche hanno curato i pazienti per le loro diversità patologiche ed esigenze terapeutiche.

Questi sono alcuni dei cambiamenti avvenuti a fine anno 2008 e dal 1° gennaio 2009 :

-due Primari medici sono andati in pensione dal 1° Novembre 2008 lasciando il loro incarico. Al Prof. G. Fedeli Primario del Reparto di Gastroenterologia e al Prof. D. Melina Primario del Reparto di Terapia Medica vanno i miei più sentiti ringraziamenti per una collaborazione professionale squisita e per l'aiuto dato ai loro pazienti ricoverati.

-Il Reparto di Medicina del Lavoro U.C.S.C. dal 1° dicembre 2008 è stato chiuso definitivamente. A tutti i medici di questo eccezionale Reparto va un sincero e sentito ringraziamento.

-Il reparto di Ortopedia C.I.C. è stato trasferito logisticamente dal III° al IV° piano insieme al Reparto di Chirurgia maxillo facciale.

Nella successiva tabella vengono indicate le suddivisioni numeriche dei pazienti segnalati nei vari reparti di degenza :

Reparto di degenza		Numero dei Pazienti del reparto	Percentuale sul totale %
Cardiologia	U.C.S.C.	5	1,51
Chirurgia Generale I°	U.C.S.C.	22	6,63
Chirurgia Urologica	U.C.S.C.	2	0,60
Chirurgia Maxillo Facciale	U.C.S.C.	2	0,60
Chirurgia Generale II°	U.C.S.C.	8	2,41
Chirurgia Endocrina	U.C.S.C.	5	1,51
Dialisi Reparto	C.I.C.	5	1,51
Gastroenterologia	U.C.S.C.	27	8,13
Ginecologia Endocrinologica	U.C.S.C.	4	1,20
Medicina del Lavoro	U.C.S.C.	25	7,53
Nefrologia	C.I.C.	1	0,30
Ortopedia e Chirurgia della Mano	U.C.S.C.	38	11,14
Ortopedia	C.I.C.	86	26,20
Reumatologia	U.C.S.C.	11	3,31
Riabilitazione Cardiologia	U.C.S.C.	16	4,82
Terapia Intensiva Post-Operatoria	T.I.P.O.	6	1,81
Terapia Medica	U.C.S.C.	69	20,78
Totale		332	100

Utilizzando uno dei reparti di degenza, ossia il Reparto di Ortopedia C.I.C. (quello con maggiori segnalazioni - n° 86) ; ed estrapolandone i dati; si noteranno alcune particolarità .

Una di queste è quella di avere la prevalenza dei pazienti segnalati con diagnosi ortopedica in “ricovero ordinario” mentre i rimanenti provengono dal “pronto soccorso”.

Questa sostanziale differenza tra i “pazienti ordinari” (n° 64) che si ricoverano per migliorare la loro autonomia e gli altri del “pronto soccorso” (n° 22) che sono soggetti al ricovero per traumi gravi , ritorna anche negli aspetti legati al ripristino dell’autonomia e nelle maggiori cure necessarie per chi proviene dal pronto soccorso .

Vediamo in particolare alcuni dati del reparto di Ortopedia C.I.C. nelle 3 tabelle sottostanti :

Tabella 1 : Reparto di Ortopedia C.I.C. numero di pazienti dimessi e modalità di dimissione

Riabilitazione motoria	Prescrizione ausili (letto, materassino antidecubito, carrozzina etc) per rientro a casa	Hospice per pazienti terminali (oncologici e non oncologici)	Attivazione Centro di Assistenza Domiciliare (C.A.D.) della A.S.L. di residenza del paziente	Trasferimento in Struttura di Lungodegenza Medica post-acuzie	Caso multiproblematico di competenza del Servizio di Assistenza Sociale (abbreviazione S.A.S.)	Totale

73	1	2	3	5	2	86
----	---	---	---	---	---	-----------

Tabella 2 : Reparto di Ortopedia C.I.C. mezzi utilizzati per il trasferimento del paziente alla dimissione dal Reparto				
Ambulanza Privata	Ambulanza convenzionata con il Complesso Integrato Columbus	Ambulanza Policlinico A. Gemelli	Con mezzi propri (taxi, auto dei familiari)	Totale
6	49	1	30	86

Tabella 3 : Reparto di Ortopedia C.I.C. Destinazione del paziente dopo la dimissione dal Reparto						
trasferimento in cliniche di riabilitazione	trasferimento in Strutture di Lungodegenza post-acuzie	Pazienti che andranno da casa propria dopo 2 -3 giorni, con mezzi propri, in clinica di riabilitazione	In Hospice da casa	In Hospice trasferimento	A casa con mezzi propri per la riabilitazione e/o attivazione CAD e/o prescrizioni ausili	Totale
47	5	16	1	1	16	86

Medico che segue il paziente, nominativo e qualifica di chi ha segnalato il paziente (variabile non inserita in nessuna rilevazione): visto che, maggiormente, sono i medici a segnalare all'assistente sociale i pazienti, proverò a parlare di loro e del modo in cui vedo il loro lavoro attraverso il mio.

Questi medici che ho conosciuto sono fantastici (...non proprio tutti), la loro scelta di vita e di disponibilità verso l'altro, coincide con quella lavorativa .

Ho visto medici piangere per i loro pazienti, li ho visti impotenti di fronte alla morte di persone : anziani, bambini, adulti. Li ho visti immedesimarsi in quei volti ed in quei cuori di malato, madre, padre, fratello, sorella, moglie, marito.

Altre volte li ho visti distaccati, assenti, legati alla routine del reparto o del servizio in cui lavoravano.

Il lavoro del medico è comunque determinante per il prolungamento del percorso di vita del paziente .

L'aspetto umano e di relazione del medico, con il paziente e con i suoi familiari (quando li ha), quello invece è, è stato e sarà , sempre più importante per poter affrontare problematiche cliniche sempre più gravi .

L'esperienza maturata in questi anni di lavoro (dall' ottobre del 2000) con i pazienti, con i familiari e con i medici, ha modificato sia il rapporto professionale che personale; in altre parole: ci si conosce meglio, si lavora meglio e con percorsi assistenziali già collaudati.

Bastano poche indicazioni mediche per definire ed iniziare un percorso di aiuto modificabile in itinere, per perfezionare la modalità assistenziale necessaria alla dimissione del paziente e alla sua riabilitazione o reinserimento nella vita quotidiana.

Il miglioramento delle modalità di intervento nel corso degli anni, ha fatto aumentare il lavoro di consulenza dell'assistente sociale anche se, la sua figura professionale è sicuramente quella più marginale all'interno del contesto ospedaliero.

Molto importante è CHI segnala il paziente, perché così, si contribuisce in maniera chiara ad impostare il suo percorso di aiuto.

Le segnalazioni arrivano molte volte dai medici, ma sono il / la Caposala e gli infermieri professionali a riferire le situazioni di gravità sia umane che assistenziali. Purtroppo il carico di lavoro del Servizio è tale che in alcuni casi si è rimandata la presa in carico del paziente anche di 10 giorni posticipando così anche la possibilità di aiuto.

Diagnosi e motivo medico/clinico di ricovero e/o cura (variabile non inserita in nessuna rilevazione): è il motivo principale della segnalazione al servizio sociale e da cui l'assistente sociale dovrà partire per poi iniziare l'eventuale percorso di aiuto. L'assistente sociale ospedaliero evince dalla diagnosi e dal colloquio con i medici curanti (e dalla propria esperienza professionale sulle situazioni passate) il successivo evolversi della condizione di vita del paziente a breve, medio e lungo termine.

Molte volte, soprattutto per i pazienti oncologici del day Hospital di oncologia ed i loro familiari, il percorso di aiuto è distribuito nel tempo di cura (a volte anni) ed è vario: si passa dal sostegno umano, alla domanda di invalidità civile alla legge 104/92 al mezzo di trasporto in ospedale, all'organizzazione degli ausili a casa, al rendere consapevole il malato e i suoi familiari dei loro diritti etc..

Ma, non sempre la diagnosi coincide perfettamente al motivo di ricovero.

Un semplice esempio potrebbe essere utile: la frattura di femore composta, in un paziente con il morbo di Parkinson il quale non ha la possibilità successiva di un percorso riabilitativo; accadrà che servirà un momento di sollievo e di aiuto al familiare caregiver, che spessissimo lo assiste 24 ore su 24 e sarà anche un momento di ridefinizione del percorso di vita sia del paziente, che del familiare, a 360 gradi.

Nel Registro Ufficiale quindi, oltre alla diagnosi di ricovero, vengono aggiunte anche le patologie correlate come le piaghe da decubito o compressione, patologie organiche o altre secondarie e/o associate alla malattia primaria per garantire al paziente un'attenzione ulteriore nel trasferimento in una Struttura oppure nel rientro a casa propria. Per questa variabile non sarebbe attualmente possibile connotare gruppi apprezzabili di diagnosi di ricovero omologhe.

Interventi effettuati dall'assistente sociale: come è già stato scritto, il lavoro è stato suddiviso in 8 grandi aree di intervento; ma è veramente difficile riassumere questi interventi nella semplice frase: "è stata effettuata la riabilitazione, l'inserimento presso un SERT oppure, questa è una persona anziana".

L'assistente sociale non è un amministrativo. Sicuramente è un professionista dell'aiuto, non sempre ci riesce; ma deve sempre rispettare un principio sacro a tutti gli operatori sociali e sanitari: il rispetto della dignità della persona. In altre parole gli interventi effettuati ruotano intorno alla dignità del paziente, sia quando sarà necessaria una Struttura di ricovero, sia quando sarà necessario sostenere un familiare che rischia il crollo psico-fisico per l'aiuto fornito ai propri cari.

Fare in questo caso un elenco sarebbe quindi impossibile ed inutile, perché l'intervento effettuato varia caso per caso, soprattutto in base alla patologia acuta del paziente.

Un esempio per tutti: un paziente dializzato "tri-settimanale" che ha subito una frattura di un femore, se, dopo le cure primarie, avrà bisogno di una Struttura di riabilitazione dovrà necessariamente essere trasferito in una delle poche Strutture Sanitarie che hanno anche un Servizio di Emodialisi all'interno e che magari non sono vicino all'abitazione del paziente (queste "speciali" Strutture sono solamente 5 nella Regione Lazio).

Perciò dal 2001 si è iniziato a suddividere il lavoro svolto secondo l'intervento finale di dimissione per distinguere così i vari casi ed avere un'agevole rilevazione. Per l'esempio qui sopra riportato l'intervento ospedaliero sarà multiplo e multi-disciplinare (dei medici nefrologi e ortopedici) ma alla fine il paziente sarà trasferito in una Struttura di Riabilitazione.

L'evoluzione in questi anni, del panorama Sanitario Regionale del Lazio, ha accreditato ufficialmente dal 1° Gennaio 2009 anche le Strutture L.A.I. (Lungodegenza ad Alta Intensità assistenziale) e dal 2008 c'è stato l'accREDITAMENTO dei primi Hospice per pazienti terminali NON- ONCOLOGICI.

Questa evoluzione ha anche elevato il numero dell'intervento finale di dimissione portandolo a n° 15 tipologie differenziate riportate nell'apposita tabella.

Per migliorare la lettura degli interventi, non si è utilizzata la codifica sintetica informatica (es. S.A.S.) ; ma un'altra più esplicativa che ne evidenzia la modalità effettiva, operata verso il paziente.
 Accanto vi è riportato anche il numero dei pazienti corrispondenti .
 La codifica **S.A.S.** riguarda come già detto tutte quelle situazioni complesse che invece non è stato possibile catalogare .

Tabella dell' intervento finale di dimissione effettuato dall'assistente sociale = n° 332				
assistenza domiciliare oncologica per pazienti oncologici terminali n° 17	assistenza domiciliare oncologica per pazienti non - oncologici ma terminali n° 3	dimissione con prescrizione ausili per casa (letto, sponde, carrozzine, materassino antidecubito) n° 3	Dimissione protetta A.S.L. e Municipio di Residenza del paziente n° 2	Lungodegenza ad alta Intensità Assistenziale L.A.I. n° 4
Hospice per pazienti oncologici terminali n° 28	Hospice per pazienti terminali non - oncologici n° 7	Lungodegenza Medica post-acuzie n° 43	Lungodegenza Medica post-acuzie con richiesta di valutazione successiva del paz. Per la Residenza Sanitaria Assistita (R.S.A.) n° 11	Ricovero di pazienti in (R.S.A.) n° 8
Attivazione e/o riattivazione Servizio C.A.D. (Centro di Assistenza Domiciliare) di residenza n° 18	Attivazione Servizio C.A.D. per pazienti alimentati con Nutrizione Artificiale Domiciliare (N.A.D.) n° 6	Ingresso in Strutture di Riabilitazione motoria, neuromotoria, respiratoria n° 126	Inserimento nel Servizio per le tossicodipendenze e/o alcool dipendenza (S.E.R.T.) n° 1	Interventi multipli e complessi del Servizio di Assistenza Sociale S.A.S. n° 55

Mezzi di dimissione del paziente (mezzi propri, ambulanza privata, ambulanza C.I.C. etc) : con quali mezzi esce un paziente dalla nostra Struttura ?

L'ambulanza pagata dalla Clinica Columbus è il mezzo con il quale vengono garantiti i trasferimenti in altre Strutture Sanitarie, gratuiti per i nostri pazienti, ed è anche un indice di qualità e di responsabilità della nostra Struttura verso il paziente ricoverato e il suo successivo percorso di cura.

Anche l'ambulanza del Policlinico A. Gemelli, viene utilizzata per tutti i pazienti che vengono trasferiti dal C.I.C. ai Reparti e Strutture all'interno del Policlinico A. Gemelli (come il C.E.M.I. oppure nell'Hospice di Villa Speranza) .

Le ambulanze private - per i pazienti seguiti dal S.A.S. - vengono utilizzate:

eper il rientro a casa dei pazienti che devono attivare la nutrizione artificiale domiciliare; attraverso un passaggio (il giorno di dimissione) al Servizio N.A.D. dell'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri per tutte le autorizzazioni medico legali riferite alle sacche di alimentazione artificiale.

In altri casi servono per il trasferimento o il rientro dei pazienti in Strutture e/o Case di Riposo private oppure per riportare a casa il paziente con un' assistenza C.A.D. .

Molti sono i pazienti ritornati a casa con mezzi propri . Questo significa tornare con l'automobile dei familiari, dei vicini , degli amici oppure in taxi o con i mezzi pubblici .

Ma rimangono nel cuore degli operatori del S.A.S. quelle persone che seguite dal nostro Servizio, purtroppo sono decedute nel Complesso Integrato Columbus.

Nella tabella sottostante si elenca il numero di esse per il 2008, sono in percentuale il 10% del nostro Campione d'indagine .

Anche questa “realità ultima della sofferenza “ della persona ricoverata è seguita da chi lavora in Ospedale; ed il lavoro svolto con questi pazienti e con i loro familiari è sempre superlativo in tutti i sensi, perché l'impegno è maggiore.

La breve e sintetica tabella illustra i dati generali del campione (e sopra riferiti) in questo anno 2008.

Ambulanze C.I.C.	Ambulanze “Policlinico A. Gemelli”	Ambulanze private	MEZZI PROPRI	Pazienti ancora ricoverati nel 2009	Auto dei Servizi Sociali del Comune di residenza	Persone decedute in C.I.C.	Totale
125	20	42	107	2	1	35	332

Tipologia delle Strutture di ricovero dove vengono trasferiti i pazienti ricoverati

Il rapporto con le Strutture in cui si trasferiscono i pazienti ricoverati è davvero molto delicato.

In questi anni si sono affrontati casi ospedalieri difficili e per fortuna (finora) si sono sempre mantenuti buoni rapporti con tutte le Strutture, lavorando alcune volte in tandem per garantire un percorso protetto ai pazienti anziani soli e quindi fragili.

Il rendere ufficiali tali situazioni di marginalità sociale - anche in collaborazione con i Servizi Sociali Territoriali – è stato proficuo, come la segnalazione delle situazioni più a rischio di esclusione sociale al Giudice Tutelare del Tribunale di Roma . Queste modalità di intervento hanno coinvolto molte Strutture in modo da definire positivamente, in breve tempo, quel percorso protetto per il paziente e i suoi familiari .

Un altro scopo di queste “modalità protette” è quello di provvedere (il più delle volte) a tranquillizzare il paziente ed i suoi familiari.

Nell'anno 2008 il nostro campione d'indagine ha utilizzato ben 41 Strutture diverse con differenti tipologie e modalità di ricovero. Gli esempi sono tanti : gli Hospice Oncologici, le Lungodegenze post-acuzie, le Cliniche di Riabilitazione, le R.S.A. etc .

Ringraziare tutte le persone che lavorano in queste Strutture e che hanno permesso queste buone prassi di ricovero è certamente impossibile ma dare alcuni nomi e segnali è doveroso.

La Struttura delle Ancelle Francescane del Buon Pastore che ha, al suo interno, 3 diverse modalità di ricovero: Riabilitazione motoria e Funzionale, Lungodegenza post- acuzie e R.S.A. (Residenza Sanitaria Assistita); ha permesso nel 2008 di ricoverare complessivamente n° 25 persone .

La Clinica di Riabilitazione Santa Rita da Cascia invece ha ricoverato n° 20 persone.

Una nuova risorsa, dal mese di agosto 2008, ossia la Clinica San Raffaele di Rocca di Papa; nonostante la sua lontananza geografica con la nostra Struttura, ha assistito 7 pazienti nelle modalità di ricovero in Lungodegenza post-acuzie ma anche nel suo Hospice per malati terminali (sia oncologici e non) .

Analogamente un'altra Struttura dei “Castelli Romani “ e cioè la Clinica di Riabilitazione motoria Villa delle Quercie di Nemi ha ricoverato 11 nostri pazienti.

Un ulteriore ringraziamento di cuore alle persone di tutte le Strutture con cui si è collaborato proficuamente nel 2008.

Data di ricovero - Data di segnalazione - data di dimissione (variabile non inserita in nessuna rilevazione): questi dati sono principalmente riferiti ai tempi di ricovero e sono fondamentali sia per la cura del paziente che per l'organizzazione del percorso di cura dello stesso.

Le nostre leggi regionali prevedono il tempo massimo di 30 giorni di ricovero in un Reparto di Chirurgia, per poter fare domanda di ricovero e trasferimento in altra Struttura di Riabilitazione o di Lungodegenza post-acuzie .

Trascorso questo tempo il paziente non potrà accedere a quelle Strutture dedicate e quindi dovrebbe solamente tornare al proprio domicilio, visto il tempo massimo di D.R.G. Chirurgico (30 giorni) (b) .

In tali casi il Servizio di Assistenza Sociale nella nostra Struttura viene consultato molto spesso e le richieste di intervento sono immediate e operative.

La data di dimissione molte volte coincide con la data di dimissibilità del paziente indicata nel fax di richiesta di posto letto inviata dal S.A.S. alla Struttura dove era stato richiesto il suo ricovero .

Degenza media dei casi segnalati . Durata del caso seguito da S.A.S. : questo dato è stato richiesto dal Direttore Sanitario, Dott. Pietro Contegiacomo.

Il motivo è quello di poter confrontare la degenza media ospedaliera del nostro Complesso Integrato Columbus (es. 7, 8 giornate di degenza media per 10.975 ricoveri / anno 2007) con quella del S.A.S. .

Nell'anno 2008 ci sono stati n° 9828 pazienti ricoverati ma ancora non si ha a disposizione il dato delle giornate di degenza media .

Rispetto alla durata del caso seguito dal S.A.S. , c'è da spiegare che questo parametro, indica il tempo espresso in giorni che va dalla data di segnalazione a quella di dimissione dal Complesso Integrato Columbus .

Per il campione di 332 ricoverati, il S.A.S. ha lavorato in media 12, 84 giornate ; mentre i giorni di ricovero degli stessi pazienti, corrispondono a 25,21 giorni in media .

La media di questi giorni - dedicati a seguire il caso del paziente – potrebbe diventare in futuro un' indicatore dei tempi medi necessari al percorso di aiuto riferiti al S.A.S. .

Tuttavia come già detto sopra, la data di segnalazione al S.A.S. non sempre corrisponde con la data di presa in **carico** della situazione del paziente a causa dell'elevato numero di segnalazioni ; ed è questo il motivo, per cui questa variabile non è perfettamente misurabile.

Comune e/o Municipio di residenza - A.S.L. di residenza : ogni territorio è organizzato in maniera di avere Servizi Territoriali più o meno validi . Perciò il territorio dove abita il paziente a volte può garantire un buono o pessimo rientro a casa con un'assistenza adeguata o no , alle proprie necessità cliniche.

L' Università Cattolica del Sacro Cuore - Policlinico Universitario A. Gemelli di Roma accoglie un bacino di utenza enorme : dai pazienti provenienti dalle Regioni dell'Italia centrale e meridionale ai pazienti di Roma e Provincia; nonché molti pazienti provenienti anche da altri ospedali , questi ultimi per situazioni particolarmente gravi.

In questi anni il S.A.S. , ha avuto modo di collaborare anche con Servizi Territoriali di altre Regioni (anche pazienti Esteri) e con le realtà territoriali di Roma e Provincia, a volte organizzando con il territorio e le sue Istituzioni veri e propri progetti di assistenza domiciliare a casa del paziente, verificandone poi l'efficacia / efficienza. Vediamo la tabella corrispondente al 2008:

Tabella di suddivisione per A.S.L. di residenza del paziente				
U.S.A. 1	Germania 1	Libia 1	Lombardia 1	Emilia Romagna 1
Umbria 4	Campania 5	Puglia 2	Basilicata 2	Calabria 2
Sicilia 1	Frosinone 2	Latina 6	Rieti 4	Viterbo 6
A.SL. Roma A 27	A.SL. Roma B 16	A.SL. Roma C 26	A.SL. Roma D 18	A.SL. Roma F 17
A.SL. Roma G 8	A.SL. Roma H 11	Provincia Roma 2	A.SL. Roma E 168	Totale 332

In particolare per la Azienda Sanitaria Locale Roma E , nei 4 Municipi che la compongono la suddivisione dei pazienti ricoverati risulta essere la seguente :

tabella pazienti residenti della ASL RM/E , suddivisione per Municipio di appartenenza					
Municipio XIX°	Municipio XVII°	Municipio XVIII°	Municipio XX°	RM/E ma non rilevato il Municipio	Totale
103	14	40	8	3	168

Reddito da CUD INPS, INPDAP o altro (variabile non inserita in nessuna rilevazione): rilevare il reddito del paziente non è banale, anzi a volte si tratta di un momento delicato del ricovero, soprattutto in quelle situazioni di anziani soli in emergenza sociale, oltre a quella sanitaria per cui sono ricoverati.

Inoltre in questo ultimo periodo storico si evidenzia l'aumento delle rette mensili per le R.S.A. , delle Case di Riposo e delle Strutture private a carattere di assistenza socio-sanitaria della Regione Lazio.

Comprendere il reddito posseduto dal paziente è utile quindi per consigliarlo e per aiutarlo a livello progettuale .

Invalidità civile /di guerra/ lavoro / già riconosciuta (percentuale) . Indennità di accompagnamento o assegno di invalidità civile (variabile non inserita in nessuna rilevazione): avere già un' invalidità civile o per servizio riconosciuta significa per il S.A.S. accogliere e riconoscere il diritto di quel paziente già invalido.

In base alla percentuale di invalidità e alle patologie certificate nell'apposito verbale si hanno vari diritti :

- diritto gratuito agli ausili (letto, sedia a rotelle, etc) ;
- varie esenzioni per patologia ;

l'indennità di accompagnamento (465,09 euro/mese - anno 2008) per gli invalidi civili al 100 % ;

l'assegno di invalidità civile (importo variabile) erogato alle persone invalide, ma ancora in età lavorativa, ossia al di sotto dei 65 anni di età.

Per i nostri pazienti segnalati, l'assistente sociale verifica lo stato attuale di invalidità, e, se ci sono i presupposti , si iniziano con il paziente ed i familiari le pratiche per il ricorso oppure per l'aggravamento dell'invalidità civile.

Verbale della legge 104/92 : questa legge ha prodotto dal 1992 ad oggi molteplici agevolazioni fiscali a favore delle persone invalide (o con handicap), il S.A.S. verifica che i pazienti già in possesso del verbale di invalidità, abbiano anche questo successivo verbale.

Purtroppo per molte persone questa, non è una cosa ovvia.

Per avere il riconoscimento dello stato di handicap previsto dalla legge 104/92 occorre presentare in molte A.S.L. un'altra richiesta medico legale e sottoporsi ad un'altra visita medica parallela alla visita di invalidità civile.

I benefici ci sono. Questa legge è famosa per uno di essi: 3 giorni al mese di permessi lavorativi ai familiari entro il secondo grado di parentela.

Scrivere tutte le agevolazioni fiscali sarebbe impossibile e allora se qualcuno è interessato basta andare sul sito dell'Agenzia delle Entrate e digitare in cerca : agevolazioni fiscali per le persone disabili.

Un dato interessante è questo: in questo anno sono stati segnalati almeno 15 pazienti tra gli 87 e i 95 anni tutti inseriti in un buon contesto familiare, ma nessuno di loro (compresi i familiari) aveva mai iniziato e / o fatto la domanda di invalidità o di legge 104/92 - anche avendo già negli anni passati i diritti medico legali..... e questo semplicemente perché non ne erano a conoscenza .

Purtroppo, questo accade nella nostra moderna società dell'informazione e a vari livelli : quella istituzionale data dai medici di base ai nostri pazienti anziani; oppure quella ricercata dai familiari, come i nipoti ormai adulti ed i figli che vedono il telegiornale tutte le sere.

Si conferma come questa informazione ai vari livelli non arrivi assolutamente nella maggioranza dei casi.

Conclusioni

Così come il medico inizia dal paziente per cominciare il suo lavoro di diagnosi e cura, l'assistente sociale in ospedale comincia dal paziente e dalla sua famiglia per ridefinire il suo successivo percorso di vita e di autonomia. Condividendo quanto scrive Paola Rossi (già presidente dell'Ordine Nazionale degli Assistenti Sociali) nel suo articolo sul Servizio Sociale e Famiglia (di cui si riporta una piccola sintesi); anche il professionista ospedaliero in questi ultimi anni si ritrova ad avere pazienti sociali sempre più gravi.

Leggiamo cosa scrive Paola Rossi in merito :

“Sempre più larghe fasce di popolazione entrano nella zona di precarietà, anche a motivo delle condizioni economiche, e credo che dobbiamo avere la massima attenzione alle politiche di sostegno alla famiglia, anche se dobbiamo intenderle non esclusivamente di carattere economico, ma sostenere con decisione una politica di sviluppo e consolidamento dei servizi, asili nido e scuole materne, servizi di accoglienza e tutela per anziani e disabili, ma anche servizi consultoriali per aiutare la famiglia a affrontare le sfide e le sollecitazioni della difficile impresa di crescere i figli, sostenere gli anziani, i malati, i disabili.

Dobbiamo comunque avere chiaro a quale modello di famiglia ci indirizziamo e quali sono le finalità di un intervento del servizio sociale, che si connota indubbiamente in funzione di aiuto, ma che non può esimersi dal dichiarare contenuti e finalità sue proprie, se vuole mantenere autonomia e capacità di proposta.

Il servizio sociale ha come riferimento la persona e considera la famiglia come dimensione della persona umana: non asservisce o utilizza l'uno o l'altra, considerando la famiglia come un gruppo di persone in relazione tra loro, al di là che si tratti di relazioni e vincoli naturali o che gli stessi abbiano assunto veste e forma giuridica.”.

Note :

(a) Marco Accorinti Ricercatore Sociale, IRPPS – CNR . Docente del Corso di formazione e aggiornamento per assistenti sociali delle Strutture pubbliche e del privato sociale : “Il Servizio Sociale Professionale e la valutazione “, organizzato dalla Provincia di Roma .

(b) Il sistema sanitario ospedaliero è strettamente legato a quelli che oggi sono comunemente chiamati D.R.G. (istituiti dalla seconda riforma sanitaria : D.Lgs 502/1992) .

La terza riforma sanitaria quella del D.L. 19/6/1999 n° 229, demandava al Ministro della Sanità l'individuazione dei sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e la determinazione delle tariffe massime da corrispondere alle Strutture accreditate.

Questo sistema oggi è arrivato alla 19.ma stesura e viene definito con un acronimo D.R.G. = Diagnosis Related Groups (in italiano : Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi. L'omogeneità riguarda il consumo di risorse, la durata della degenza e, in parte, il profilo clinico).

L' allegato sub A versione 19 - dell'accordo del 16/6/2005 tra il Ministro della Salute e la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano definisce 523 D.R.G. e li suddivide in :

1. M.D.C. = acronimo di Major Diagnostic Category (in italiano: categoria diagnostica principale cui afferiscono i gruppi di D.R.G. di una stessa categoria diagnostica) ;
2. M. C. = tipologia del D.R.G. , rispettivamente di tipo Medico o Chirurgico.

CONCLUSIONI

Le considerazioni con le quali si intende concludere il presente elaborato rimandano ad una metafora che ben rappresenta la dinamicità e continuità del processo formativo.

Nel pensare alla formazione l'immagine che si affaccia è quella del lievito quale sostanza in grado di attivare la crescita del composto di farina e acqua, elementi che si aggregano in un tempo e in un luogo dedicati, fino ad arrivare al prodotto finale: il pane. Il pane contiene in sé tutti i componenti originari, ma in una forma e in una aggregazione nuova che va oltre l'unione delle singole parti. Il lievito poi rimane come potenziale attivatore di nuovi, ulteriori processi di "crescita": la formazione e l'aggiornamento professionale, rappresentano per l'operatore il lievito per crescere.

La Provincia in quanto ente intermedio, bene può svolgere il ruolo di sensore dei bisogni formativi espressi a livello locale e programmare una formazione che risponda a tali esigenze, accrescendo il bagaglio professionale degli operatori sociali, sostenendo la creazione di una rete e sviluppando la consapevolezza e la responsabilità sociale del proprio lavoro. Tale processo farà emergere inevitabilmente nuovi bisogni che dovranno essere accolti e tradotti in nuove azioni formative.

Il corso "Il Servizio Sociale e la valutazione", oltre ad aver costituito un momento di apprendimento e di crescita, ha prodotto un valore aggiunto che è dato dalle riflessioni emerse sullo sviluppo della professione degli assistenti sociali, in ordine alle sfide che vengono poste dai nuovi assetti del sistema dei servizi a livello locale.

La realizzazione del "sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali" richiede che gli attori integrino quanto più possibile azioni di assistenza, prevenzione e promozione. Gli operatori del sociale devono compiere quotidianamente uno sforzo per riportare il trattamento dei singoli casi all'interno di una visione più ampia, che tenga conto delle risorse della persona e del territorio, per promuoverne la crescita e non cadere nel pericolo di un intervento puramente assistenzialistico.

Investire nella valutazione e nell'autovalutazione è quindi un modo efficace per arginare questo rischio e per riappropriarsi del senso del proprio operato e delle specifiche funzioni del servizio sociale.

Se la finalità della valutazione è prevalentemente la presa di coscienza sull'efficacia della propria azione professionale, questo percorso formativo ha certamente rappresentato un'opportunità per far emergere le potenzialità e gli orientamenti della professione, anche al fine di favorire un percorso di integrazione con le altre professioni sociali.

ALLEGATI



Assessorato alle Politiche Sociali e per la Famiglia

L'Assessorato alle Politiche Sociali e per la Famiglia della Provincia di Roma, già da tempo è impegnato nel sostegno ai Comuni, alle ASL e al Terzo Settore, per l'attivazione di politiche integrate di promozione sociale, realizzando, tra le varie attività, iniziative di formazione e aggiornamento degli operatori socio-sanitari impegnati nei servizi alla persona.

Con il percorso formativo dello scorso anno si è concluso un primo ciclo triennale di formazione, a sostegno della pianificazione territoriale e della promozione di sistemi integrati.

A partire dal corrente anno, è nostro intento proporre un nuovo ciclo di corsi che prenderà in esame i vari aspetti della valutazione degli interventi e dei servizi sociali.

Per l'anno 2008 è stato programmato, in particolare, un percorso formativo che intende esplorare il significato della valutazione nel Servizio Sociale Professionale e che individua, quali primi destinatari, gli assistenti sociali dei servizi pubblici, sociali e sanitari, e del privato sociale di tutto il territorio provinciale.

Realizzare la valutazione degli interventi è fondamentale per sostenerli ed affrontare il lavoro quotidiano, per condividere responsabilità nelle scelte complesse cui siamo chiamati, per la verifica della qualità e dei risultati.

Il corso vuole offrire un contributo all'esplicitazione e al consolidamento delle funzioni e delle metodologie valutative, intese come strumenti di lavoro per l'assistente sociale che in più momenti della propria attività professionale esercita in modo crescente attività valutative in numerosi campi.

Attraverso l'articolazione di cinque moduli formativi si affronteranno gli aspetti deontologici, normativi e metodologici fino a trattare anche quello dell'autovalutazione del lavoro degli assistenti sociali.

Il percorso formativo, realizzato per tutti i 17 Distretti socio-sanitari del territorio provinciale, coinvolgerà per la prima volta, anche i 19 Municipi del Comune di Roma.

L'Assessore alle Politiche Sociali
e per la Famiglia

Claudio CECCHINI

Dip.to IX - Serv. 1

Dirigente

M.Gemma Azuni

Coordinamento Corsi

Giulia Violi - tel. 0667664794

Docenti

Marco Accorinti

Ricercatore Sociale, IRPPS- CNR

Chiara Caprini

Docente Libera Università Maria SS. Assunta

Luigi Colombini

Docente Università degli Studi Roma Tre

Angelina Di Prinzio

Docente Università degli Studi Roma Tre

Adriana Cortesi Gay

Esperta in Formazione e Comunicazione pubblica

Paola Rossi

Già Presidente dell'Ordine degli Assistenti Sociali

Giovanna Sammarco

Docente Università degli Studi La Sapienza Roma

Elena Spinelli

Docente Università degli Studi La Sapienza Roma

Referenti Organizzazione Corsi

Stefania Pucello - tel. 0667665314

Paola Sinibaldi - tel. 0667665274

Segreteria Organizzativa

Carlo De Nardo - tel. 0667665347

M. Antonietta Migliore - tel. 0667665346

**Corso di formazione e aggiornamento
per assistenti sociali
delle strutture pubbliche
e del privato sociale**



Calendario Corsi Anno 2008/2009

PROGRAMMA DEL CORSO

Distretti RM/F1-F2

Mercoledì 17/12
Ore 9,00 - 14,00
Aula Consiliare
Piazza Falcone 1
Mercoledì 7/1 - 14/1 - 21/1 - 28/1
Sala della Biblioteca
Via Caltagirone snc
Ladispoli

- Approccio alla funzione valutativa dell'assistente sociale nell'attuale contesto del Welfare. Codice deontologico. Aspetti normativi.

Comune di Roma - Municipi I - II - III - IV

Mercoledì 10/12 - 17/12 - 7/1 - 14/1 - 21/1
Ore 9,00 - 14,00
Sala Consiliare Municipio I
Via della Greca, 5
Roma

Distretti RM/F3-F4

Lunedì 10/11 - 17/11 - 24/11 - 1/12 - 15/12
Ore 9,00 - 14,00
Palazzetto Borghese - Aula Consiliare
Via Cesare Battisti, 1
Moriupo

- Il processo di valutazione: teoria, metodi e strumenti.

Comune di Roma - Municipi V - VII - VIII - X

Venerdì 19/12 - 9/1 - 16/1 - 23/1 - 30/1
Ore 9,00 - 14,00
Sala Cinema del Municipio VIII Roma delle Torri
Via Fernando Conti
Roma

Distretti RM/G1-G2-G3

Lunedì 20/10 - 27/10 - 3/11 - 10/11 - 17/11
Ore 9,00 - 14,00
Biblioteca Comunale "Maria Coccanari Fornari" -
Piazza del Tempio d'Ercole, 1
Tivoli

- L'attività di valutazione come dimensione propria della professione di servizio sociale. Autovalutazione del lavoro degli assistenti sociali.

Comune di Roma - Municipi VI - IX - XI - XII

Mercoledì 22/10 - 29/10 - 5/11 - 12/11 - 19/11
Ore 9,00 - 14,00
Casa del Municipio Urban Center Roma XI
Via Niccolò Odero, 13
Roma

Distretti RM/G4-G5-G6

Martedì 18/11 - 25/11 - 2/12 - 9/12 - 16/12
Ore 9,00 - 14,00
Aula Consiliare
Piazza Italia, 1
Colleferro

- Aspetti teorici e metodologici nella valutazione dell'intervento nella relazione di aiuto. Presentazione di esperienze.

Comune di Roma - Municipi XIII - XV - XVI e

Distretto RM/D1
Mercoledì 5/11 - 12/11 - 19/11 - 26/11 - 3/12
Ore 9,00 - 14,00
Biblioteca Elsa Morante
Via Adolfo Cozza, 7
Roma - Ostia Lido

Distretti RM/H1-H2-H3-H5

Lunedì 27/10 - 3/11 - 10/11 - 17/11 - 24/11
Ore 9,00 - 14,00
Museo Civico "Umberto Mastroianni"
Piazza Matteotti, 13
Marino

Comune di Roma - Municipi XVII - XVIII - XIX - XX

Martedì 16/12 - 13/1 - 20/1 - 27/1 - 3/2
Ore 9,00 - 14,00
Centro Anziani Municipio XVII
Via Sabotino, 7
Roma

Distretti RM/H4-H6

Venerdì 17/10 - 24/10 - 31/10 - 7/11 - 14/11
Ore 9,00 - 14,00
Sala Sigilli del Forte Sangallo
Via Gramsci
Nettuno

- Aspetti teorici e metodologici nella valutazione di progetti, servizi e Piani di Zona. Presentazione di esperienze.

Verrà rilasciato attestato di partecipazione

DIPARTIMENTO IX – Servizio 1
“Pianificazione territoriale e sistema informativo”
Viale di Villa Pamphili n. 84 – 00152 Roma

IL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE E LA VALUTAZIONE

SCHEDA DI VALUTAZIONE

Qualifica operatore:

Servizio pubblico ☐

Servizio privato ☐

1. Come valuta complessivamente la rilevanza degli argomenti trattati rispetto alla sua necessità di aggiornamento?

☐ Scarsa ☐ Sufficiente ☐ Buona ☐ Ottima

2. Come valuta la conoscenza teorica fornita?

☐ Scarsa ☐ Sufficiente ☐ Buona ☐ Ottima

3. Come valuta l'efficacia degli strumenti conoscitivi acquisiti in funzione della sua attività professionale?

☐ Scarsa ☐ Sufficiente ☐ Buona ☐ Ottima

4. Come valuta il modello formativo proposto?

☐ Scarsa ☐ Sufficiente ☐ Buona ☐ Ottima

5. Come valuta la qualità e l'adeguatezza della docenza rispetto agli argomenti trattati?

1^a giornata ☐ Scarsa ☐ Sufficiente ☐ Buona ☐ Ottima

2^a giornata ☐ Scarsa ☐ Sufficiente ☐ Buona ☐ Ottima

3^a giornata ☐ Scarsa ☐ Sufficiente ☐ Buona ☐ Ottima

4^a giornata ☐ Scarsa ☐ Sufficiente ☐ Buona ☐ Ottima

5^a giornata ☐ Scarsa ☐ Sufficiente ☐ Buona ☐ Ottima

6. Come valuta l'organizzazione del corso?

- ☐ Scarsa ☐ Sufficiente ☐ Buona ☐ Ottima

Valutazione generale del corso

Punti di forza

Punti di criticità

7. Quale argomento ritiene, tra quelli di seguito proposti per il futuro, utile approfondire per lo svolgimento della Sua attività lavorativa?

- ☐ Aspetti metodologici nella valutazione dei progetti e dei Piani di Zona.
- ☐ Approfondimento metodologia della ricerca sociale: osservatorio e sistema informativo.
- ☐ Comunicazione, mediazione, gestione gruppi di lavoro.
- ☐ Nuovi strumenti di partecipazione e cooperazione tra amministrazioni e cittadini per sostenere lo sviluppo dei territori.
- ☐ Altro _____

Eventuali suggerimenti ed osservazioni:
