

*Materiale Didattico*



CORSO DI FORMAZIONE

**VALUTAZIONE INTEGRATA:**

**Metodi e tecniche di valutazione  
in contesti ad alta  
integrazione socio-sanitaria**

*Aggiornamento professionale  
per la gestione integrata dei processi valutativi*

*Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria organizzativa di SOCIALNET s.r.l. unip.*

*sede legale: Via Mameli 42/a int.303 - 61100 Pesaro*

*sede operativa: Via Donizetti 20 - 61011 Gabicce Mare (PU) Tel. e Fax 0541 411391*

*Cell. 348 3020785 - 333 2901003 - E-mail: [formazione@socialnet.it](mailto:formazione@socialnet.it) - URL - <http://www.socialnet.it>*

*Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria organizzativa di SOCIALNET s.r.l. unip.*

*sede legale: Via Mameli 42/a int.303 - 61100 Pesaro*

*sede operativa: Via Donizetti 20 - 61011 Gabicce Mare (PU) Tel. e Fax 0541 411391*

*Cell. 348 3020785 - 333 2901003 - E-mail: [formazione@socialnet.it](mailto:formazione@socialnet.it) - URL - <http://www.socialnet.it>*

# U.V.I.: metodi e tecniche di valutazione in contesti ad alta integrazione socio-sanitaria

(a cura di Dott.ssa Sabrina Paola Banzato – ad uso esclusivo degli allievi)

## Indice

0. INTRODUZIONE .....	4
1. ASPETTI DEFINITORI .....	5
1.1. Valutazione e valutazione integrata .....	5
1.2. Bisogno sociosanitario complesso .....	6
1.3. Diagnosi sociale e socio-sanitaria .....	7
2. SPUNTI TEORICO-METODOLOGICI .....	9
2.1. Premessa: costruzionismo e pratiche antioppressive .....	9
2.2. Il processo valutativo .....	10
2.2.1. Lavoro di gruppo: disegnare il processo valutativo UVI .....	10
2.2.2. Modelli .....	10
2.2.3. Fasi del processo valutativo .....	11
2.3. Valutare il problema .....	13
2.4. Valutare per progettare .....	17
2.4.1. Dal lavoro "per problemi" al lavoro "per progetti" .....	17
2.4.2. Finalità e obiettivi condivisi .....	17
3. VALUTAZIONE E RICERCA .....	19
3.1. Ricerca valutativa .....	19
3.1.1. Premessa .....	19
3.1.2. Il disegno della ricerca valutativa .....	20
3.1.3. Brainstorming: UVI e ricerca valutativa .....	20
3.2. Documentare il processo di ricerca valutativa .....	21
3.2.1. Strumenti di rilevazione dati .....	21
3.2.2. Cartella sociosanitaria .....	22
3.2.3. Brainstorming: gli strumenti usati nelle UVI e i sistemi di documentazione .....	22
4. GESTIRE LA VALUTAZIONE: OPERATORI E LAVORO DI RETE .....	23
4.1. Lavoro di equipe e lavoro di rete .....	23
4.1. Lavoro integrato: dal curing al caring .....	24
4.2. Il team multiprofessionale e multi-ente .....	26
4.3. Case manager .....	26
4.4. Lavoro di gruppo: l'organizzazione gestionale delle UVI .....	27
5. UNIFORMARE PRATICHE E PROCEDURE .....	28
5.1. Buone pratiche generali e di settore .....	28
5.2. Il regolamento: analisi e proposte .....	28

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria organizzativa di SOCIALNET s.r.l. unip.

sede legale: Via Mameli 42/a int.303 – 61100 Pesaro

sede operativa: Via Donizetti 20 – 61011 Gabicce Mare (PU) Tel. e Fax 0541 411391

Cell. 348 3020785 – 333 2901003 – E-mail: [formazione@socialnet.it](mailto:formazione@socialnet.it) – URL – <http://www.socialnet.it>

## 0. INTRODUZIONE

Il quadro normativo nazionale (L. 328/00, Piano Sanitario Nazionale) disegna il sistema integrato di interventi e servizi sociosanitari che ogni regione, nell'ambito della sua autonomia, ha più specificatamente declinato definendo il proprio modello di integrazione per promuovere risposte ai bisogni complessi dei cittadini e garantire l'uniformità su tutto il territorio regionale di livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociale

In questo contesto vengono compiutamente definite funzioni e ambiti di autonomia e di responsabilità dei Distretti Sanitari e le articolazioni organizzative attraverso cui operare in modo integrato territoriale (Uffici Socio Sanitari Distrettuali) con specifiche modalità condivise; tra queste l'Unità di Valutazione Integrata (U.V.I.) rappresenta lo strumento privilegiato per la valutazione multidimensionale e multidisciplinare di situazioni complesse, per la predisposizione dei progetti assistenziali individualizzati e della loro condivisione, anche in ordine ad aspetti legati alla gestione delle risorse economiche a disposizione. L'U.V.I. non solo valuta, ma redige il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) e lo verifica; tale processo di lavoro impatta fortemente sia sul sistema istituzionale sia sulla salute dei cittadini beneficiari dei servizi.

Gli strumenti di valutazione sono certamente una buona base di partenza per sostenere l'avvio di tale processo ma sono solo a supporto di un metodo di lavoro che deve essere fortemente condiviso e che deve tenere in considerazione ogni aspetto che compone il variegato contesto di riferimento, dalla valutazione della salute alla valutazione delle modalità di gestione (anche economica) che spesso si scontrano con le esigenze e i bisogni valutati.

E' necessario un confronto programmatico costante a tutti i livelli e quindi una rete di lavoro che condivida pienamente tecniche e procedure ma sia anche cosciente delle politiche territoriali dei servizi offerti e contribuisca alla concreta realizzazione di un sistema funzionale e idoneo di risposta ai bisogni.

**Il percorso formativo ha l'obiettivo** di analizzare e definire il contesto operativo dei gruppi di lavoro (U.V.I.) dedicati alla gestione dei processi valutativi e quindi ridefinire le modalità di azione al fine di rispondere da una parte ai bisogni complessi dell'utenza, dall'altra ad obiettivi di efficacia ed efficienza della gestione dei servizi.

### I CONTENUTI:

- Approfondimenti su metodi e tecniche valutative integrate.
- Analisi dei contesti valutativi e degli strumenti usati con individuazione delle aree grigie, condivisione e confronto delle pratiche in atto per ogni settore.
- Ridefinizione condivisa del sistema di funzionamento e di gestione delle UVI territoriali.

## 1. ASPETTI DEFINITORI

### 1.1. Valutazione e valutazione integrata

#### **Valutazione**

Se partiamo dal suo significato esteso all'espressione di un giudizio, va ricordato che esprimere un giudizio significa "**dare valore**" ovvero *Valutare*.

*.. tratto dal dizionario Hoepli:*

1 Determinare il valore commerciale di qualcosa: *v. un terreno, una casa, un gioiello; il quadro è valutato due milioni*

2 *fig.* Determinare le qualità, l'importanza di qualcosa: *bisogna v. bene le proprie forze prima di iniziare un'impresa. Tenere qualcuno, qualcosa in buona considerazione, stimandone il pregio e le qualità: i suoi meriti non sono stati giustamente valutati; lo hanno sempre valutato meno di zero; l'hai valutato troppo.* SIN. apprezzare

3 Calcolare per approssimazione: *valutò le forze nemiche non inferiori a centomila uomini; i danni si possono v. ad alcuni milioni.* SIN. stimare

4 *estens.* Tener conto ai fini di un calcolo complessivo: *valutando le spese, le tasse e il resto, ci rimane un guadagno netto ben misero.* SIN. conteggiare, contare

**5 fig. Considerare, esaminare rigorosamente ai fini di un giudizio complessivo:** *ogni prova, ogni indizio è stato valutato come si doveva; valutando bene il pro e il contro, mi sembra che l'affare non ci convenga.* SIN. soppesare, ponderare, vagliare

6 PEDAG Attribuire una valutazione al lavoro degli allievi

e qui si potrebbe aggiungere **un punto 7: SOCIALE: ..... come definirla?**

Come indicato da De Ambrogio (2007): "Il termine deriva da *valuto*, antico participio passato del verbo latino *valere* "**dare valore**" esprimere un giudizio.

**Valutare è pertanto un atto di costruzione di significato;** si differenzia da altri processi quali quelli della verifica o del controllo (a volte utilizzati come sinonimi), che implicano l'accertamento del raggiungimento di un determinato risultato atteso."<sup>1</sup>

**Valutare in campo sociale vuol dire, quindi in sintesi, agire in funzione di un "giudizio"** avolte, ma più raramente, per una "misurazione", e tale azione valutativa serve per *migliorare l'attività*, e quindi entra direttamente nel processo di lavoro, è un'azione concreta, operativa e soprattutto non arbitraria.

**La valutazione è, infatti, un giudizio basato sulla raccolta e sull'interpretazione di dati e informazioni e si configura come un vero e proprio processo di RICERCA** (quindi è diversa da un semplice *parere valutativo*)

**La Ricerca che si effettua, quindi, con procedure esplicite e chiare di raccolta informazioni,** deve produrre dati/informazioni pertinenti affidabili e complete nonché procedere con una fase di interpretazione che deve essere coerente, plausibile, non formulata tramite asserti ma con argomentazioni rese disponibili per eventuali confutazioni.

A volte non è necessario fare un vero e proprio percorso complesso di ricerca perché i dati sono già disponibili e vanno solo recuperati e interpretati per poi esprimere un giudizio, formulare una diagnosi.

---

<sup>1</sup> U. De Ambrogio, T. Bertotti, F. Merlini, *L'assistente sociale e la Valutazione*, Carocci 2007

A volte, addirittura, non si parla di veri e propri dati ma di informazioni più sfumate su cui è basato il giudizio valutativo, magari pregresse e di contesto di chi valuta.

In questi casi si può fare distinzione tra *valutazione* e *ricerca valutativa* in questi termini:

**Valutazione in generale** = processo generico di formulazione di giudizi

**Ricerca valutativa** = specifico processo di raccolta e analisi dei dati ai fini valutativi

### **Integrazione**

Qual è il suo significato? Non vi sono sempre interpretazioni univoche e soprattutto il diverso uso che spesso se ne fa senza nemmeno saperlo, porta a incomprensioni e addirittura a diverse pratiche di lavoro, conflitti relazionali professionali e anche a errori di organizzazione e gestione del lavoro integrato.

<sup>2</sup> Cerchiamo quindi di fare chiarezza provando anche a trovare una sintesi e un approccio condivisibile e unitariamente agibile.

Concentriamoci in primis sul significato di **integrare in termini di aggiunta di ciò che manca a un intero** e proviamo quindi a dar un senso unico ai due sistemi “sociale” e “sanitario” come un unico sistema centrato sulla persona e la sua unicità e unitarietà.

La persona è una e irripetibile con i propri bisogni, peraltro abbastanza complessi e necessita che il sistema salute si approcci ad essa tenendo in particolare riguardo la sua globalità intesa come benessere-salute. Perché il benessere divenga una qualità dell'essere, la salute deve presentarsi come espressione dell'incontro tra le componenti della persona: la sua mente, il suo corpo e la sua vita di relazione e cioè tra i sistemi cognitivi della singola persona, le sue espressioni di vita corporea e le sue relazioni socioambientali.

### **Valutazione integrata (socio sanitaria)**

Detto tutto ciò potremmo dire che

*Valutare in modo integrato* significa quindi

*dare valore unico* a dati/informazioni rilevate in relazione ai bisogni socio sanitari della persona, attraverso l'espressione di un giudizio argomentato (diagnosi socio sanitaria).

## **1.2. Bisogno socio sanitario complesso**

(art.4 Regolamento ASL NA)

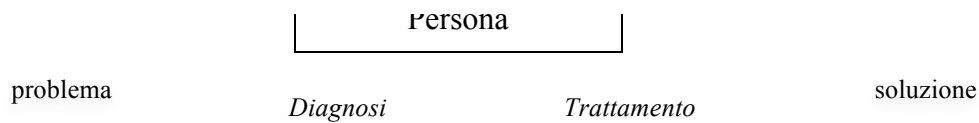
*"L'UVI si qualifica come strumento per la valutazione multidimensionale e multidisciplinare di situazioni di **bisogno sociale e sanitario complesso** e per la predisposizione e proposta all'utente del progetto assistenziale"*

proviamo a dare una definizione di

### **BISOGNO SOCIO SANITARIO COMPLESSO**

Al fine di avere un significato comune di base su cui operare senza fraintendimenti ...

<sup>2</sup> tratto da Articolo di Pino Frau - <http://www.socialesalute.it/newsletter/022011/lintegrazione-socio-sanitaria-dai-perche-ai-per-come.html>



### Bisogno

- *il mancare, il non disporre di una cosa necessaria;*
- *la cosa che occorre, ciò che è necessario*

### Sociosanitario

che riguarda persone con disagio derivato da **problemi di salute e da difficoltà sociali**, che comprende l'insieme di tutte quelle fattispecie, che riguardano la *non autosufficienza e le fragilità, ....*

### Complesso

- *che è composto di più parti o di diversi elementi: meccanismo complesso; questione complessa | proposizione complessa,*
- *(estens.) non semplice e lineare, non facilmente intuibile; complicato, difficile: una trama complessa; un problema complesso*

### BISOGNO SOCIOSANITARIO COMPLESSO: IN SINTESI

Si tratta di bisogni che afferiscono alla complessità della persona anziana, spesso con perdita dell'autosufficienza, della persona con disabilità e altre persone così dette fragili, minori con disagio, persone con disagio mentale, persone con diverso grado di insufficienza mentale, etc.

Ma soprattutto questi bisogni **non sono la risultanza di una sommatoria di bisogni sociali e bisogni sanitari** per i quali spesso è difficile stabilirne la diverse graduazione e priorità in riferimento alla persona che li manifesta, ma si tratta di bisogni sociosanitari dove questo termine è da intendere nella sua unicità, unitarietà proprio perché legato alla sua complessità.

## 1.3. Diagnosi sociale e socio-sanitaria

### Diagnosi

"Dal Greco *diagnosis*, composto di *dia* "attraverso" e *gnosis* "conoscenza". Il termine rimanda ad un sapere scientifico di tipo medico per l'uso che negli anni è stato fatto, tanto che nel dizionario medico Larousse, ad esempio, si legge che la diagnosi "è una distinzione che il medico deve fare tra le diverse malattie delle quali il malato presenta alcuni sintomi: analisi, di conseguenza, delle analogie e dei caratteri differenziali. Ciò che prevale è il cosiddetto *esame obiettivo* di realtà precise e definite<sup>3</sup>, da cui deriva un apposito trattamento.



<sup>3</sup> U. De Ambrogio, T. Bertotti, F. Merlini, *L'assistente sociale e la Valutazione*, Carocci 2007

Recentemente il concetto di diagnosi si è evoluto ed è utilizzato in diversi altri settori (sociale compreso) come l'educazione (diagnosi educativa o scolastica), la politica (diagnosi della situazione politica), ...

Anche in medicina è avvenuta una trasformazione importante del significato di diagnosi e per es.: “nel manuale di medicina generale del 2003 (Bernabè, Benincasa, Danti, 2003) infatti, si legge: ... *Il processo diagnostico è un evento sociale e negoziale che si realizza con l'utilizzo di metodologie diverse e complementari rispetto a quelle della medicina .... Ha lo scopo di ricongiungere la visione delle componenti oggettive (patologia) e soggettive (infermità) per definire un piano di lavoro in grado di guidare efficacemente le decisioni terapeutiche.* In questo senso esso può pertanto avvicinarsi all'uso in ambito sociale.”<sup>4</sup>

.. tratto dall'enciclopedia Treccani:

**diagnosi** s. f. [dal greco “riconoscere attraverso”]. – **1.** In medicina, giudizio clinico che consiste nel riconoscere una condizione morbosa in base all'esame clinico del malato, e alle ricerche di laboratorio e strumentali: fare la d., formulare una d.; d. esatta, errata, e indovinare, sbagliare la diagnosi. **2.** In botanica ..... **3. estens. a.** Giudizio con cui si definisce un fenomeno in genere, analizzandone i sintomi e gli aspetti con cui si manifesta: fare l'esatta d. della situazione politica, sociale, finanziaria, scolastica, ecc **b.** Con uso più enfatico, e di tono pubblicitario, il termine è anche riferito, talvolta, all'esame tecnico di sistemi, apparecchiature, e in partic. del motore di autoveicoli, tendente a formulare un giudizio sulle condizioni e il funzionamento delle varie parti e proporre al cliente le necessarie riparazioni.

### la diagnosi sociosanitaria,

unisce i due sistemi *sociale* e *sanitario* ed è quindi un **giudizio unico sulla condizione di bisogno sociosanitario** come precedentemente definito.

---

<sup>4</sup> *Ibidem*



## 2. SPUNTI TEORICO-METODOLOGICI

### 2.1. Premessa: costruzionismo e pratiche antioppressive

Prima di entrare nel tema in oggetto, ovvero la valutazione multiprofessionale integrata, si riportano di seguito due brevissimi cenni fondamentali alle *teorie del costruzionismo* e alle *pratiche antioppressive* che dovrebbero fare da sfondo nella realizzazione del processo valutativo di cui trattasi e che sono concretamente la base degli approcci anglosassoni cui si farà riferimento in seguito. Anche quando tratteremo della ricerca valutativa nella quale oltre ad un lavoro specifico di rilevazione di fatti, dati e informazioni si terrà sostanzialmente conto del metodo di rilevazione e del modello di riferimento in cui tali pratiche saranno fondamentali per trattare di *problemi sociali*.

Secondo Burr (1995), pur non essendoci una definizione unica e condivisa di **costruzionismo**, esistono alcuni aspetti fondamentali che ne fanno da guida e che sono fondamentali per il lavoro sociale:

- prendere le distanze da modi di comprendere il mondo dati per scontati
- collocare i punti di vista sulla realtà nel contesto storico e sociale in cui si sono sviluppati
- affermare che la conoscenza non deriva dalla natura delle cose ma è costretta dalle persone, dal modo in cui parlano e interagiscono fra loro
- esser consapevoli che l'azione sociale è guidata dalle costruzioni sociali tipiche di un determinato periodo storico
- essere convinti che proprio perché il mondo è costruito dalle interazioni fra le persone non si deve andare alla ricerca della vera essenza delle cose per lo meno nell'ambito psicosociale
- mettere in discussione il positivismo e l'idea di una verità oggettiva ed essere consapevoli che è il linguaggio a determinare i significati e non viceversa. Esso infatti più che un mero strumento attraverso cui esprimere idee e concetti, costruisce esso stesso la realtà sociale e rende vera questa realtà.<sup>5</sup>

Le pratiche definite “antioppressive” del lavoro sociale, che fanno riferimento alla necessità di riconoscere il differente quadro dei valori professionali proprio di ognuno di noi, possono aiutarci anche nella fase di valutazione; “ogni assessment, infatti, deve essere preceduto dall'attenzione al potere che si crea nella relazione tra operatori e utenti. I diritti di questi ultimi, così come le loro responsabilità, possono essere compresi meglio in termini di “eque opportunità”. Si tratta di creare ponti per ridurre il gap tra i professionisti dell'aiuto e le persone che a loro si rivolgono. Cercare di sensibilizzarsi su tutte le possibili forme di discriminazione che possono colpire le persone può sembrare un'impresa impossibile, ma se queste si riescono a considerare nel loro insieme il compito diviene più ragionevole.”<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> J. Milner., P. O'Byrne, *L'assessment nei servizi sociali*, Erickson, 2005

<sup>6</sup> *Ibidem*

## 2.2. Il processo valutativo

### 2.2.1. Lavoro di gruppo: disegnare il processo valutativo UVI

Quali sono i modelli e le tappe del processo valutativo che attualmente si realizza presso ogni UVI.  
*Spiegare come avviene attualmente il processo valutativo, con quali tappe e qual è secondo voi il modello di riferimento.*

A seguire: analisi comparate dei lavori di ogni distretto UVI

### 2.2.2. Modelli

Nella letteratura anglosassone "Smale e Tuson (1993)" identificano almeno tre **modelli di assessment** con l'attenzione ai *rischi*, alle *risorse* o ai *bisogni*, ovvero:

- il modello dell'indagine (*questioning model*), tipico delle teorie psicomotriche, fonda la sua appropriatezza sulla capacità dell'operatore di porre domande, ascoltare e interpretare le risposte;
- il modello procedurale (*procedural model*), nel quale l'operatore raccoglie le informazioni tali da capire se l'utente ha le caratteristiche per accedere alle prestazioni;
- il modello di reciprocità (*exchange model*), in cui le persone sono considerate esperte del loro problema e si dà molta importanza allo scambio di informazioni (reciprocità). L'operatore è esperto per il processo non per i contenuti. L'assessment mira a mettere in campo le competenze dell'attore del processo di aiuto per individuare/chiarificare i suoi obiettivi ed è quindi finalizzato a ricapacitare l'utente.

Gli autori propendono per il *modello di reciprocità* in quanto basato sulla considerazione dell'utente quale "esperto" della sua condizione e quindi fondato su un approccio che mira allo sviluppo dell'empowerment mentre gli altri due modelli sono in antitesi a tale impostazione.

Smale e collaboratori hanno stilato una lista di **abilità e valori** che dovrebbero guidare l'agire dell'operatore sociale:

- collaborazione
- autenticità, empatia e rispetto
- sviluppo dell'empowerment proprio e degli utenti
- creatività
- considerare i problemi sociali come relativi a una rete di persone
- verifica"<sup>7</sup>

Un altro aspetto importantissimo a questo punto diventa individuare **come e quali fatti osservare e dati raccogliere** in quanto utili al percorso di cambiamento necessario per la soluzione dei problemi.

Indubbiamente **quelli narrati dalla persona** come ci sottolinea Luigi Colaiani<sup>8</sup> quando ricorda che: ... narrare è costituire la possibilità che quei fatti possano essere fatti, nella misura in cui possiamo

---

<sup>7</sup> M. Dal Pra Ponticelli, Lineamenti di servizio sociale, Astrolabio 1987

modificare il resoconto possiamo modificare anche i fatti. Ne consegue che per la comprensione dell'agire sociale – più che la conoscenza dei dati reali di una situazione – sia di importanza cruciale la conoscenza delle teorie personali in base alle quali un certo aspetto viene ritenuto reale dagli individui e così generata la “situazione” medesima.

Ciò in realtà introduce anche la necessità di basarsi sempre anche su dati rilevati in modo scientifico e non esclusivamente con il *buon senso* e per questo il **procedere secondo teorie e pratiche della metodologia della ricerca sociale** (come vedremo più avanti) aiuta fundamentalmente il professionista nella realizzazione di un percorso di ricerca scientifico volto alla cosiddetta “stima” degli elementi fondamentali per descrivere la situazione, le circostanze rilevate e le azioni/non azioni delle persone coinvolte.

Ciò non toglie che il modello di assessment proposto da F. Folghereiter, volto a spostare l'attenzione dalla rilevazione puramente di buon senso e dalla rilevazione puramente scientifica di fatti, sia di grande importanza. E' necessario che si sposti l'accento su un percorso scientifico di rilevazione in termini di ricerca nel quale **oltre ad un lavoro di indagine metodologico vi sia anche un importante lavoro professionale di gestione della relazione, duale e multipla**

Visto che *il problema c'è quando la diagnosi lo coglie o meglio è come la diagnosi lo coglie*, possiamo dire che c'è un *giudizio di anormalità* che deve preesistere e che dunque non è nelle cose. In campo medico tale definizione di *patologia* esiste e se esiste vede anche la opportuna cura. Mentre nella diagnostica sociale che poggia su basi più incerte è difficile dire cosa sia un disfunzionamento così come definirne certamente l'esistenza.

I problemi sociali sono per loro natura *relativamente definibili*.

### 2.2.3. Fasi del processo valutativo

Normalmente la fase di Valutazione viene considerata un momento importante per la costruzione della relazione fiduciaria con gli utenti ma ben poco si provvede a fornire metodi e tecniche idonei ad un suo opportuno svolgimento. Essendo invece un lavoro processuale molto complesso e articolato, andrebbe approfondito e sperimentato ma, soprattutto, studiato e articolato secondo procedure e linguaggi comuni.

Di seguito si riportano due proposte metodologiche sperimentate da autori diversi, che ci suggeriscono spunti operativi importanti per poter avviare un nuovo percorso volto a costruire prassi e linguaggi comuni, in un'ottica di collaborazione e integrazione di risorse e competenze.

Ripartendo così da tali importanti aspetti metodologici e tecnici si ritiene infatti di poter suggerire degli spunti operativi per la costruzione di un concreto percorso di studio e ricerca che porti alla definizione di guide e protocolli operativi condivisi volti a migliorare la qualità del lavoro professionale.

---

<sup>8</sup> L. Colaianni e P. Ciardiello, *Cambiamo discorso. Diagnosi e counselling dell'intervento sociale secondo la scienza dialogica*, Franco Angeli, 2012

<u>metodo 1</u>	<u>metodo 2</u>
1. <u>preparazione</u> : decidere cosa osservare, quali dati sono rilevanti, qual è l'obiettivo e quali sono i limiti che ci poniamo;	1. fase di " <u>definizione del campo</u> " nella quale si identifica il contesto (chi chiede e perché) e l'oggetto specifico della valutazione; consente di contenere l'illusione di poter effettuare valutazioni a 360°
	2. fase di <u>individuazione delle aree di indagine</u> (e dei relativi criteri e indicatori) connesse all'oggetto specifico della valutazione; il quesito valutativo considera due livelli diversi: uno relativo <i>al problema in se</i> e uno relativo alle <i>strategie adottabili</i>
2. <u>raccogliere i dati</u> : si incontrano le persone coinvolte, ci si confronta con i diversi punti di vista, l'empowerment e la possibilità di scelta degli utenti vengono salvaguardati mantenendo aperte varie ipotesi di intervento e assumendo una mentalità di ricerca;	3. fase di <u>raccolta delle informazioni</u> , riportate in uno specifico protocollo. Deve realizzarsi con modalità attente alla relazione con la persona, in modo da costruire una relazione collaborativa.
3. <u>ponderare i dati</u> : si considerano le attuali teorie psicologiche e sociali – bagaglio del percorso formativo di ogni operatore – per rispondere alle domande "c'è un problema?" e "quanto è grave?"	
4. <u>analizzare i dati</u> : si possono usare una o più mappe per analizzare i dati e cercare di comprenderli al fine di sviluppare possibili idee su come intervenire, quali: approcci psicodinamici, comportamentismi, approccio centrato sul compito, approccio centrato sulla soluzione, approcci narrativi. Tutti possono essere utilizzati anche in modo intrecciato in base al contesto e alla relazione, l'importante è valutarne opportunamente il riferimento.	4. fase di <u>analisi e sintesi delle informazioni</u> raccolte;
5. <u>utilizzare l'analisi</u> : si tratta della tappa in cui viene formulato il <u>giudizio</u> : lo stress che esso comporta, la questione concernente il livello	5. fase di <u>diagnosi e valutazione vera e propria</u> , in cui <u>viene espresso il parere</u> in risposta al quesito valutativo iniziale e

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Segreteria organizzativa di SOCIALNET s.r.l. unip.

sede legale: Via Mameli 42/a int.303 – 61100 Pesaro

sede operativa: Via Donizetti 20 – 61011 Gabicce Mare (PU) Tel. e Fax 0541 411391

Cell. 348 3020785 – 333 2901003 – E-mail: [formazione@socialnet.it](mailto:formazione@socialnet.it) – URL – <http://www.socialnet.it>

<p>di rischio accettabile, l'importanza del linguaggio. Se gli operatori hanno bisogno di chiarezza rispetto a ciò che fanno è altrettanto vero che <u>“la chiarezza non corrisponde alla certezza; quest'ultima, nella teoria, non porta altro che a un inutile dogmatismo e, nella pratica, ad atteggiamenti inflessibili; la chiarezza invece apre la strada all'accuratezza d'analisi”</u> (Everitt et al. 1992, p.33)<sup>9</sup></p>	<p>vengono individuate le strategie di miglioramento e la prognosi.</p>
	<p>6. la fase di <u>restituzione</u> ai richiedenti e agli interessati.<sup>10</sup></p>

Entrambi i metodi fanno riferimento ai principi della ricerca qualitativa che se adottati nel lavoro sociale, possono migliorare notevolmente i risultati dei processi di intervento, ovvero:

- “una chiara dichiarazione di intenti
- la definizione esplicita dei valori su cui ci si basa
- un approccio sistematico alla raccolta dei dati che consideri non solo i fattori personali ma anche sociali
- lo sviluppo di diverse ipotesi alternative da sottoporre a verifica
- decisioni che producono effetti misurabili
- feedback da parte degli utenti.”<sup>11</sup>

### 2.3. Valutare il problema

E' ormai concetto condiviso che quando si definisce quella situazione un *problema* si faccia riferimento a un sorta di “normalità” riconosciuta (dal soggetto e/o dalla collettività) dalla quale la condizione di disagio percepita o esplicita di cui trattasi si discosta.

Ma cos'è quindi un problema sociale? E rispetto a quale normalità si definisce o lo definiamo? Approfondiamo questa accezione partendo da una breve analisi condivisa volta a definire cosa sia un “problema sociale”.

*(Brainstorming guidato e sintesi).*

Dal vocabolario:

**problema** s.m. [dal lat. Problema -ātis «questione proposta», gr. πρόβλημα-ατος, der. di προβάλλω «mettere avanti, proporre»] (pl. -i). –

<sup>9</sup> J. Milner., P. O'Byrne, *L'assessment nei servizi sociali*, Erickson, 2005

<sup>10</sup> U. De Ambrogio, T. Bertotti, F. Merlini, *L'assistente sociale e la Valutazione*, Carocci 2007

<sup>11</sup> J. Milner., P. O'Byrne, *L'assessment nei servizi sociali*, Erickson, 2005

1. Ogni quesito di cui si richianda ad altri o a sé stessi la soluzione, partendo di solito da elementi noti. *In partic. in matematica*

2. In scienze e discipline che non procedono (o non procedono necessariamente) con calcoli matematici, quesito di cui si richianda a sé o ad altri la soluzione, da raggiungere seguendo un procedimento di natura assai varia (logico, sperimentale, tecnico, pratico, ecc.): p. filosofico, storico, filologico, etimologico; un p. di scacchi, di dama, di bridge; p. centrale, quello dalla cui soluzione si può ottenere la chiave per la soluzione di altri.

3. Nell'uso com.:

a. Qualsiasi situazione, caso, fatto che, nell'ambito della vita pubblica o privata, presenti difficoltà, ostacoli, dubbi, inconvenienti più o meno gravi da affrontare e da risolvere: *tutti abbiamo i nostri p.*; *spostarsi con questo traffico è un vero p.*; *oggi viaggiare non costituisce più un p.*; è un p. serio, con riferimento a contrarietà, guai e sim. dai quali non si sa come uscire (al contr., non è un p., di cosa che non presenti difficoltà, giudicata fattibile); con riferimento a collettività: p. economici, sociali, razziali; il p. degli alloggi, della droga, dell'immigrazione; con riferimento a persone singole: avere dei p. personali, familiari, psicologici, sessuali.

Frequente, spec. nel linguaggio fam. e giovanile, la locuz. non c'è p., usata per rassicurare la persona, o le persone, con cui si parla sulla assenza di qualsiasi ostacolo o difficoltà relativamente a una data situazione, con valore analogo a «ma certamente, non preoccuparti, va bene in ogni caso» e sim.: verrò con te, non c'è p.; decidete voi se volete uscire o stare in casa, per me non c'è p.; «È troppo presto se ci vediamo alle 8?» «Non c'è problema». Per il noto verso dell'Amleto di Shakespeare essere, o non essere: questo è il problema, v. to be, or not to be ecc.

b. Per metonimia, persona dal carattere chiuso ed enigmatico, con la quale è molto difficile avere a che fare: quell'uomo è un p. per tutti; gli adolescenti sono un p., non si sa mai come prenderli; persona che è fonte di serie preoccupazioni: quel figlio è sempre stato un p. per i genitori. ♦ Dim. problemino, problema facile e semplice; vezz. o spreg., non com., problemuccio; accr. problemóne, problema di grossa entità o difficoltà; pegg. problemaccio

In un modello teorico classico, il processo di servizio sociale individuale di Helen Perlman (1957), l'autrice afferma che il processo di servizio sociale individuale è essenzialmente un processo di soluzione di problemi<sup>12</sup>, ovvero di sostegno e aiuto alla soluzione di problemi che è un normale processo del vivere di ognuno di noi, che, in quel dato momento non è possibile avviare da soli.

Questo processo ha due finalità: la riduzione di una condizione insoddisfacente o il passaggio a una condizione di maggiore soddisfazione.

L'assistente sociale interviene quando vi è una riduzione della capacità naturale di agire della persona che può nascere da diverse ragioni e che può avvenire in qualsiasi momento della vita di tutti. Il termine problema, nel modello della Perlman, può quindi rilevarsi in una qualsiasi questione esistenziale comune.

Altri due autori, Allen Pincus e Anna Minahan, affermano che quando si parla di una situazione come di un *problema*, abbiamo già formulato un giudizio su quella situazione. Si può quindi dire che **un problema** è un insieme fatto di tre parti collegate:

- una condizione o situazione sociale;
- delle persone che hanno giudicato problematica la condizione o la situazione sociale;
- i motivi e le basi della loro valutazione<sup>13</sup>

Nessun problema sociale esiste in se stesso: è necessario un atto di valutazione per renderlo tale. [...] Gli atti di valutazione scattano quasi sempre al di là della consapevolezza. I nostri occhi vedono i dati

<sup>12</sup> H. Perlman, *Il processo di servizio sociale individuale*, in M. Dal Pra Ponticelli (a cura di), *I modelli teorici del servizio sociale*, Astrolabio, Roma, 1985, p. 53 e sgg.

<sup>13</sup> A. Pincus., A. Minahan, *Un modello integrato per la pratica del servizio sociale*, in M. Dal Pra Ponticelli, cit., p. 254

esterni e mai i giudizi che vi si incorporano nella percezione e che rendono questi dati realtà fenomenica. Questa realtà in buona fede ci sembra essere oggettivamente quella che appare.<sup>14</sup>

Queste definizioni ci aiutano a collocare ogni problema (individuale o collettivo, definito da un individuo o definito istituzionalmente) in uno **spazio di relatività** – il problema esiste quando è definito come tale.

Questo ci mette un po' in crisi, vuol dire che i problemi hanno bisogno di essere pensati per esistere: i problemi come frutto di una costruzione sociale e individuale non esistono in natura, ma sono il prodotto di complesse costruzioni in cui s'intrecciano rappresentazioni di sé e del mondo, emozioni e razionalità, memorie, pensieri, ricchezze e mancanze, rappresentazioni del passato e prefigurazioni del futuro. Per pensarli, le organizzazioni devono ricorrere a strumenti per pensare, più o meno consapevoli, quadri di riferimento, contenitori, schemi mentali. L'uso di stupefacenti in sé non è un problema, lo è in rapporto ad un sistema di norme, valori, paure, emozioni collegate.

Inoltre, i problemi sono relativi nel **tempo**: un problema non è sempre un problema. I problemi sono in divenire, vanno collocati su un asse temporale; ciò che è oggi un problema, tra un anno potrebbe non esserlo più.

Gli operatori hanno due **codici** per far nascere il problema nella loro mente: *uno morale* che fa da base e *uno tecnico*.

L'individuazione dell'esistenza dei problemi può essere uno specifico compito del tecnico; si dice che solo i tecnici riescono a individuarli riconduzione da parte dei tecnici dei disagi, desideri, domande dei clienti ai veri problemi che li originano. È un modello di razionalità forte: il paziente descrive i sintomi, ma è il medico che definisce il problema. (Autorità del tecnico). Il limite di questo modello è che, siccome i tecnici hanno memorizzato le soluzioni per una serie di problemi, sono indotti a riconoscere quelli collegati alle soluzioni e non altri; si dice "le organizzazioni sono piene di soluzioni alla ricerca di problemi".

Se da una prima osservazione non è possibile rilevare quanto necessario sarà utile realizzare una approfondita indagine, ovvero cercare dati e informazioni nascoste, che per loro natura sono nascosti all'osservatore. Per essere compresi bisogna fare attenzione a *come, cosa e perché* si osserva e ciò appartiene al *diagnosta*. Tecnicamente potremmo dire, il problema c'è quando la diagnosi lo coglie, o meglio, il problema è come la diagnosi lo coglie.<sup>15</sup>

<sup>16</sup> Definire qualcosa – un fenomeno sociale, un comportamento individuale – come problema è anche un **potere**: qualcuno ha il potere di definire qualcosa come problema: i tecnici, i dirigenti, i gruppi politici, i media, specifiche organizzazioni, la comunità scientifica. Dare potere alle persone è accettare che possano dare una loro definizione di problema e creare le condizioni affinché possano dirlo. Poi si può negoziare, se il problema individuato dal tecnico è un altro o se il tecnico non ha soluzioni per quel problema.

Nel sociale, possiamo identificare **due grandi categorie di problemi**:

---

<sup>14</sup> F. folghereiter, *Teoria e Metodologia del Servizio Sociale*, p.268

<sup>15</sup> *ibidem*, pag. 274

<sup>16</sup> tratto da: C.Pregno, 2007,

[http://www.cittastudi.org/flex/files/D.2ae099d38f7bb2b5fb4b/Microsoft\\_Word\\_dispensa\\_Pregno\\_06\\_07.pdf](http://www.cittastudi.org/flex/files/D.2ae099d38f7bb2b5fb4b/Microsoft_Word_dispensa_Pregno_06_07.pdf)



- quelli generali, istituzionalmente definiti, capaci di orientare e di identificare un servizio e i soggetti che ad esso accedono;
- quelli specifici: sono quelli legati al singolo caso trattato, costruiti volta per volta.

Al problema, noi attribuiamo molti **significati**:

1. sinonimi d'imperfezione. La situazione ideale è quella senza problemi
2. un giogo da sopportare: essi sono legati al destino, è un titolo di merito sopportare la gravosità dei problemi, non c'è nulla da fare;
3. una sfida: risolvere problemi appassiona è la sfida (contro l'imperfetto, il disordine) individuale o di gruppo del problem solving. Si accompagna alla convinzione che è essenziale aver imparato il maggior numero di soluzioni possibili a problemi predefiniti;
4. oggetti di ricerca, occasioni di relazioni, stimoli della curiosità. La centratura sulla loro soluzione si accompagna con il piacere per il percorso di ricerca. Sono opportunità e non solo minacce, stare con i problemi, esplorare con curiosità

Possiamo **trattarli in modi diversi**:

- a. *evitarli*; l'oggetto di lavoro è il fastidio e non il problema configurato dal cliente, esterno o interno, si è guidati più dall'interesse individuale che da quello collettivo
- b. *risolverli-eliminarli*. Tendenza all'efficienza: non ci si riesce a rappresentare i problemi senza soluzione, si cerca di passare ad altri i problemi irrisolvibili, sino al paradosso "se non c'è soluzione, non c'è problema"
- c. *gestirli*: mantenere una relazione meno costosa e distruttiva con essi, si impara a convivere, senza essere travolti.

Il tema del *problema* è direttamente connesso all'**oggetto di lavoro**:

il problema o la parte dei problemi sui quali decidiamo di intervenire (problemi di cui ci prendiamo cura); ciò che è possibile fare, date le risorse limitate, è investire sulla quota di problemi sui quali ci si può effettivamente alleare con i clienti per giungere a una loro soluzione o migliore gestione.

L'oggetto di lavoro non s'impone; esso è costruito dall'operatore, in relazione con il cliente e in funzione dei modelli, delle routine, della cultura del servizio e dell'ambiente in cui opera.

L'oggetto di lavoro ha due dimensioni:

- quella generale in cui è l'organizzazione a individuare i confini dell'area in cui i suoi membri sono autorizzati ad investire;
- e quella particolare, gli oggetti di lavoro specifici dei singoli progetti, costruiti sui particolari problemi del singolo cliente.

Gli oggetti di lavoro generali sono in una certa misura predefiniti, hanno la forma di mandati sociali ai servizi, di direttive, di programmi, di tendenze culturali, costituiscono il "quadro generale degli indirizzi", l'organizzazione dà delle piste per individuare l'oggetto di lavoro.

Non è però così automatica, la chiarezza nei servizi circa l'oggetto di lavoro, non è per nulla scontata.

*Gli oggetti di lavoro sono concetti, simboli, relazioni tra persone, gruppi, organizzazioni.*

Di fronte alla difficoltà di individuare gli oggetti di lavoro si tende a ipersemplicificare, a buttarsi soltanto su aspetti molto concreti o marginali (l'arredamento anziché il funzionamento dell'ufficio).

Occorre una solida alleanza con i clienti (cittadini o altri servizi) nella costruzione degli oggetti di lavoro; un'alleanza di lavoro tra operatori e clienti.



## 2.4. Valutare per progettare

### 2.4.1. Dal lavoro “per problemi” al lavoro “per progetti”

Gli elementi di trasformazione delle professionalità si possono riassumere oggi nel passaggio da un *lavoro per problemi* a un *lavoro per progetti*, in cui si rovescia tendenzialmente l’ottica professionale da diversi punti di vista.

De Leonardis, in un intervento intitolato “Imprenditorialità sociale, stato sociale e politica dei servizi” (1991), ha così sintetizzato tale rovesciamento:

- non si ragiona solo su un deficit, su quello che manca all’utente e al suo contesto, ma su quello che c’è: non su un *meno* ma su un *più*; - non si lavora per colmare un vuoto, una mancanza o una carenza, ma per incrementare e sfruttare le capacità e le intelligenze dei destinatari dell’intervento;
- non si lavora per appiattire e omologare le differenze, ma per sfruttarle e valorizzarle;
- non si ragiona come se esistesse un bianco e un nero, una norma da raggiungere e una differenza dalla norma da colmare, secondo una logica dualistica. Il terreno delle disparità e delle differenze viene colto piuttosto come un lavoro per creare connessioni, reti di interdipendenza;
- non si lavora più nel “rapporto duale” con l’utente, mediato da una competenza tecnica specialistica. Superando la centralità di questa relazione, ci si applica nel creare coalizioni, alleanze, *partnership* tra attori e contesti diversi della comunità.

### 2.4.2. Finalità e obiettivi condivisi

Spesso gli operatori elaborano le finalità di un loro progetto in modo inconsapevole. Quando è così, il processo di pianificazione formale parte saltando - per così dire - il suo naturale punto di partenza. Gli operatori sociali vanno subito avanti dando per scontato che la finalità ci sia, e che sia quella che è. Essi non si pongono la delicata questione. Sfugge loro che è la finalità che tiene assieme le relazioni e che dà energia all’azione sociale: perciò di essa non si preoccupano. (...) Se il progetto ... intende coinvolgere le relazioni sociali nella propria elaborazione e realizzazione il *dare per scontato dove si va*, e quindi imporlo, diviene un precoce passo falso sul quale ogni buona intenzione futura potrebbe presto incepparsi." <sup>17</sup>

Si tende in sostanza a fissare obiettivi invece che finalità ovvero partire con l’idea di un risultato da raggiungere ben definito e quantificato rispetto a un problema e quindi a definire una soluzione concreta già mentalmente elaborata e concordata, ma la finalità "è il rovescio di un problema" ovvero "solo un largo auspicio di una possibile futura via di uscita da esso" <sup>18</sup> e l’obiettivo è una concreta azione già possibile.

"Quando un operatore fissa obiettivi e li propone ai propri interlocutori affinché decidano se stare o non stare in relazione per raggiungerli, effettua una manovra gentile solo a metà, nei loro confronti. Offre loro un’opportunità di azione, ma già pronta, che va presa o rifiutata. Li priva della libertà di

---

<sup>17</sup> F.Folghereiter, Fondamenti di metodologia relazionale, Erickson 2011, pag. 498-499

<sup>18</sup> ibidem

elaborare. E' come invitarli a una cena non solo quando il menù è già stato deciso, e pazienza, ma forse anche quando molte pietanze sono già state mangiate e delle più gustose rimane poco. Le persone invitate - che siano esse invitate a un progetto riabilitativo o a un'azione sociale di comunità, ecc. - non si accorgono magari dello sgarbo, perché non sanno che cosa c'era prima. Si accorgono però che c'è poco da mangiare, o poco sapore. Sono arrivate accogliendo volentieri l'invito, ma ben presto se ne vanno, o restano provandoci scarso gusto."<sup>19</sup>

Si sottolinea che ciò che accade normalmente nel rapporto duale con il richiedente aiuto accade spesso anche nel rapporto tra operatori e tra operatori e richiedente, ovvero non si definisce la finalità ma si ipotizzano autonomamente obiettivi e in modo impositivo si tende poi a perseguirli direttamente sul campo.

Colgo lo spunto di riflessione che queste righe suggeriscono per riflettere su una **concreta possibilità di superare le crisi della pratica integrata** che si sommano costantemente alla *crisi di welfare* in cui oggi sono inserite inficiando la capacità di agire, per sottolineare che certamente una delle soluzioni possibili si fonda sulla costruzione di percorsi di rete volti al *fronteggiamento dei problemi sociali* piuttosto che a progetti di *inter-vento*<sup>20</sup> professionale ovvero di progetti unidirezionali elaborati all'interno di ognuno dei servizi coinvolti, agendo invece con metodologie fondate sull'approccio relazionale che offre notevoli possibilità di crescita e cambiamento grazie alla *catalizzazione*<sup>21</sup> comune di reti di fronteggiamento possibili.

Per far questo è necessario abbandonare concretamente la logica del "trattamento" insita nel vecchio modello medico che oggi si dichiara concretamente abbandonato ma a volte lo è ancora solo nell'intenzione e non nella pratica e lo dimostra efficacemente e spesso l'arroccamento di alcuni professionisti seduti al tavolo di un progetto integrato territoriale, quando mettono in evidenza solo il proprio ruolo e la propria specialità nonché il proprio ente e le relative procedure. Il lavoro sociale deve affrontare il problema nella sua interezza (globalità) non focalizzandosi solo su alcune parti come è solita fare la pratica specialistica e le relative organizzazioni.

La fatica della pratica integrata deve essere, quindi, accompagnata da un importante cambiamento culturale e pratico volto concretamente alla gestione di percorsi integrati di fronteggiamento dei problemi dei vari richiedenti in cui tutto ciò si realizza attraverso la partecipazione diretta dei richiedenti stessi accompagnati dall'azione professionale degli operatori coinvolti, a seconda delle problematiche specifiche, mettendo in campo schemi di azione che comprendano le diverse sfaccettature che le compongono (sia sul versante personale che sociale).

---

<sup>19</sup> ibidem

<sup>20</sup> "L'operatore può astenersi dall'inter-venire in senso letterale, per scegliere invece di accompagnare il sociale." F.Folghereiter, Fondamenti di metodologia relazionale, Erickson 2011, pag. 475

<sup>21</sup> "Nessun operatore può innescare una relazione sociale che non abbia in sé la capacità di autogenerarsi. L'operatore è attivo nella formazione dei legami sociali solo creando le condizioni e le occasioni affinché le persone interessate si riconoscano e decidano di stare assieme perché sentono che l'interazione è benefica." F.Folghereiter, Fondamenti di metodologia relazionale, Erickson 2011, pag. 478

### 3. VALUTAZIONE E RICERCA

#### 3.1. Ricerca valutativa

##### 3.1.1. Premessa

Patton (1986) definisce la valutazione come *“la raccolta sistematica di informazioni sull’insieme di attività, caratteristiche e risultati di determinati programmi ad uso di particolari pubblici, finalizzata alla riduzione del tasso d’incertezza, al miglioramento dell’efficacia e all’assunzione di decisioni su quello che i programmi stanno facendo e ottenendo”*.

Palumbo (2001) definisce la valutazione in modo ampio come *“un complesso di attività coordinate, di carattere comparativo, basate su metodi e tecniche delle scienze umane realizzata mediante procedure rigorose e codificabili”* e, nel tentativo di circoscriverne il significato, precisa alcuni elementi riferiti all’oggetto, le finalità e le procedure della valutazione:

1. l’oggetto è un intervento (o insieme di interventi - Servizio) con le caratteristiche di essere intenzionalmente ed esplicitamente sorretto da una finalità, di essere diretta, sostanzialmente, ad incidere sull’*esterno*, su soggetti terzi rispetto a decisori ed attuatori ed e di ricorre a strumenti e risorse, organizzati ed esplicitamente impiegati per realizzare l’intervento e le sue finalità;
2. la finalità principale della valutazione è di esprimere un giudizio, fondato su criteri e premesse di valore espliciti ed argomentati e riferito a una o più caratteristiche o proprietà dell’oggetto (evaluando), ad esempio il livello di corrispondenza tra l’esito raggiunto e gli obiettivi previsti, degli attori, ad esempio la conformità delle funzioni svolte con quelle pianificate, o la condizione finale dei destinatari, cioè il cambiamento che si è prodotto a seguito dell’intervento.
3. le procedure, che consistono di fatto in attività (metodi, tecniche e strumenti) di comparazione, sviluppate all’interno di un processo, logicamente coerente, trasparente, ripetibile, empiricamente fondato e condiviso.

**Questo connota la valutazione come *attività di ricerca*** che necessita di:

- 1) esplicitazione del punto di vista;
- 2) esplicitazione delle premesse teoriche delle definizioni concettuali;
- 3) controllabilità delle procedure di traduzione operativa, della selezione degli indicatori
- 4) riproducibilità e controllo dell’insieme delle procedure tecnico empiriche utilizzate;
- 5) evidenza dei rapporti analisi-sintesi utilizzati per la produzione di generalizzazioni.

In quest’accezione la valutazione non rimanda unicamente alla funzione di rendicontazione, controllo e verifica (*accountability*) ad una funzione che, attraverso la raccolta di informazioni e la loro interpretazione critica, tende a “dare valore” e a migliorare le attività, attivando processi di conoscenza e apprendimento negli attori coinvolti nel processo progettuale (*learning*).

“... il disegno di valutazione ricorda molto l’impianto della ricerca sociale e di questo aspetto ci piace raccogliere innanzitutto l’idea che **nel “valutare il caso” l’operatore realizza una “ricerca”,** un percorso di conoscenza, un’esplorazione di territori nuovi; resa ancor più interessante dal fatto che si sviluppa attraverso il rapporto con le persone, su problemi esistenziali particolarmente rilevanti e coinvolgenti. **La ricerca – e quindi la valutazione – hanno successo se ci mostrano qualcosa di nuovo, di**

**inaspettato, di sconosciuto:** in questi termini la valutazione può diventare un'occasione di apprendimento e di miglioramento. Questa prima riflessione è importante in particolare laddove gli operatori, influenzati dai contesti formativi e lavorativi, rischiano di avviare percorsi valutativi che, anziché essere aperti a nuove conoscenze, assomigliano più a "controlli" e "verifiche". Tale atteggiamento, che assume caratteristiche "burocratiche" (difensivo), porterebbe con sé la **propensione a vedere più "che cosa c'è che non va" che non l'aspetto della ricerca**, della conoscenza, della scoperta di ciò che è sconosciuto e del "dare valore" anche a risorse inaspettate."<sup>22</sup>

### 3.1.2. Il disegno della ricerca valutativa

Essendo la valutazione un'attività di ricerca che richiede una raccolta sistematica di informazioni, basata su procedure idonee ciò che diventa importante è definire un adeguato disegno di ricerca. Il disegno ovviamente può variare in funzione dell'approccio che viene adottato, si ritiene quindi di riportare di seguito un percorso logico in sintesi ai fini pratici.

Ielasi e De Ambrogio (2003) suggeriscono il seguente **percorso logico** che illustra i passaggi operativi necessari per un buon disegno di valutazione:

1. individuazione delle finalità della valutazione, la ragione per cui s'intende valutare
2. esplicitazione dello scopo del progetto, la ragione per cui viene realizzato l'intervento
3. identificazione dei criteri di valutazione e/o da valutare, gli elementi su cui focalizzare la valutazione
4. identificazione degli indicatori
5. identificazione degli strumenti per rilevare gli indicatori e delle fonti per raccogliere i dati e le informazioni
6. rilevazioni sul campo attraverso gli strumenti predisposti
7. valutazione vera e propria (espressione di un giudizio) e identificazione degli obiettivi di miglioramento, attraverso l'analisi delle informazioni raccolte
8. individuazione delle strategie di miglioramento.

### 3.1.3. Brainstorming: UVI e ricerca valutativa

Quanto e come si realizza oggi presso le UVI? Qual è il percorso?

*Raccontare per es. una situazione valutata pensandola in termini di ricerca ovvero descrivendo il disegno della ricerca realizzato ovvero:*

- *cosa si è valutato,*
- *criteri e indicatori identificati,*
- *strumenti per rilevare gli indicatori adottati e fonti dei dati,*
- *come si è svolta la rilevazione sul campo,*
- *che tipo di valutazione (giudizio) è emerso)*

---

<sup>22</sup> U. De Ambrogio, T. Bertotti, F. Merlini (2007), *L'assistente sociale e la Valutazione*, Carocci

## 3.2. Documentare il processo di ricerca valutativa

### 3.2.1. Strumenti di rilevazione dati

Per fare diagnosi ci si può servire di diversi **strumenti di rilevazione dati**, essi possono essere quantitativi o qualitativi e sono strettamente connessi all'indicatore previsto.

Esiste ormai una vasta letteratura in merito ai possibili e diversi strumenti da utilizzare per raccogliere dati e informazioni utili al processo valutativo. Si tratta spesso di strumenti che non sono nati appositamente per la valutazione sociale ma possono essere abbastanza facilmente riadattati (es.: scale) o addirittura creati (es.: questionari, interviste...).

Si ricordano, in particolare, alcuni conosciuti strumenti:

- Le varie versioni delle schede SVAMA
- quello di classificazione denominato *International Classification of Functioning, Disability and Health Function* (ICF),
- quelli di assessment come il *Children's Global Assessment Scale* (CGAS), la *Scheda per la valutazione multidimensionale dell'anziano* (SVAMA), lo *schema polare*,
- quelli di percezione come il *Disability Assessment Schedule* (Who DAS II) e le *Tavole di osservazione* di Beller, che sono stati appositamente creati per misurare e valutare le condizioni della persona accanto alle percezioni che i soggetti hanno della propria condizione/situazione;
- quelli specialistici elaborati nei diversi approcci al lavoro sociale: genogramma, ecomappa, carta di rete..

Le esperienze straniere, come l'*Addiction Severity Index* (ASI) elaborata negli Stati Uniti e quella svedese della *Dokumentation Utvardering Resultat* (DUR-System – <http://www.goteborg.se/dur>), rappresentano contributi originali per rappresentare e misurare nel campo sociale i problemi complessi. .... Il DUR si compone di una guida per sviluppare un'analisi più approfondita della situazione della persona, di una serie di domande chiuse con risposte multiple al fine di aggregare i dati e di interpretarli, di un'immagine di come l'utente valuta la propria situazione."<sup>23</sup>

Tra gli altri tipi di strumenti piuttosto conosciuti e utilizzati in questi anni si ricordano:

- questionari,
- test,
- interviste,
- focus group
- check list
- scale

---

<sup>23</sup> A cura di A.Campanini, *La valutazione nel servizio sociale*, Carocci, 2006

### 3.2.2. Cartella sociosanitaria

Da non dimenticare anche la necessità di utilizzare strumenti di supporto quali la cartella socio-sanitaria integrata o meglio oggi, grazie alle Tecnologie web, un vero e proprio sistema informativo web-based.

La cartella documenta tutte le operazioni e raccoglie tutti gli elementi e documenti importanti per tenere traccia del processo di intervento realizzato dagli Assistenti Sociali: è un vero e proprio strumento per la raccolta dati, l'analisi e la valutazione del processo di aiuto sin dall'avvio. In questi anni moltissimi territori hanno avviato esperienze di strutturazione e sperimentazione di Cartelle sociali condivise e informatizzate grazie all'apporto delle nuove tecnologie.

Di seguito alcuni elementi importanti che possono essere riportati nella cartella per ciò che concerne la diagnosi:

1. *la diagnosi necessita di informazioni specifiche sul soggetto*: SILS archivia e sistematizza tutti i dati raccolti rendendo razionale e facilmente consultabile tutto il materiale utile per ponderare e analizzare i dati. Esso è anche un archivio sistematizzato di documenti specificatamente predisposti che vengono riutilizzati e archiviati in cartella (sempre in formato elettronico)
2. *la diagnosi necessita di informazioni specifiche rilevate attraverso le attività realizzate (es. colloqui, visite domiciliari, ..)* inserite in appositi spazi di raccolta dati o in griglie o scale apposite che vengono allegare alla cartella online con i relativi rilievi per ogni azione svolta.
3. *se la diagnosi necessita di dati e informazioni storiche sul profilo utente*: SILS dispone di un'area apposita che registra e cataloga la storia per dimensione e periodo.
4. *se la diagnosi è multiprofessionale lavorare in rete agevola tantissimo*: il web è certamente lo strumento migliore per effettuare buona parte del lavoro integrato
5. *se la diagnosi serve per poter definire la presa in carico e pianificare un intervento (non solo per stendere una relazione valutativa)*: SILS avvia il percorso con la definizione scritta della diagnosi che diventa il punto di partenza per il processo di intervento

### 3.2.3. Brainstorming: gli strumenti usati nelle UVI e i sistemi di documentazione

- *Quali sono gli strumenti utilizzati (SVAMA e...?)*
- *a che punto è l'utilizzo degli strumenti in ogni diverso distretto? Come vengono utilizzati? C'è qualcosa che continua a non essere usato? Oppure secondo voi è usato in modo diverso dagli altri distretti?*
- *Esiste una cartella per documentare? È unica e condivisa?*
- *Che suggerimenti daresti oggi alla luce di quanto evidenziato in formazione?*

## 4. GESTIRE LA VALUTAZIONE: OPERATORI E LAVORO DI RETE

### 4.1. Lavoro di equipe e lavoro di rete <sup>24</sup>

Se nella rete di fronteggiamento vi sono molti professionisti in qualità di erogatori di qualche prestazione specializzata, o addirittura se ve ne sono molti, come può essere probabile se la situazione è grave, il quadro si complica.

In base a che cosa un esperto funge da **guida**, posto che gli altri membri della rete sono esperti anch'essi, nel loro genere? Chi, fra tutti dovrà essere la guida? In qualche caso la risposta verrà da sé, e nessuno si metterà a discutere. In altri sarà necessario trovare un accordo, in modo che la distinzione tra la guida e tutti gli altri sia ben chiara.

Ma quando anche la guida sia chiara ci sarà la **collaborazione**?

Ogni membro professionale di una rete di *care* dovrebbe far rientrare nel suo spezzone di responsabilità il *riconoscere* la responsabilità sovraordinata del collega che funge da guida e sentire il *dovere* - deontologico - di mettersi in rete e agire collaborativamente. Per questi professionisti non dovrebbe essere troppo difficile disporsi in un tale atteggiamento, posto che il collega, che funge da guida deve ovviamente conoscere i principi della guida medesima, senno' entrerebbe in contraddizione con se stesso (in primo luogo il principio di retroazione - l'operatore agisce prevalentemente attraverso feedback e non attraverso prescrizioni - e quindi da evitare l'impostazione gerarchica).

Ma ancora non è sufficiente, una rete di logn term care non può basarsi solo sulla buona volontà a collaborare è necessario a questo punto mettere in rilievo la differenza tra: un lavoro di rete e un lavoro di team (équipe).

**Un'équipe multiprofessionale** è una squadra di diversi operatori, con qualifiche e ruoli funzionali diversi, che appartengono a uno stesso Ente.

Essi si riuniscono e si coordinano sotto la direzione del dirigente del Servizio, il quale è legittimato a richiedere a ciascuno di adeguarsi alle necessità strategiche o funzionali che lui ha in mente.

**Nell'équipe la collaborazione è un dovere.**

**Nel lavoro di rete tutto è più destrutturato** e anche spesso, perciò, più complicato.

In una rete di fronteggiamento i professionisti che si incontrano appartengono a Servizi diversi, e questi a loro volta si incontrano con la controparte naturale: famiglie, comunità, ... Tutte queste **componenti si ritrovano alla pari**, in linea di principio (e anche in pratica se si vuole che la rete funzioni). **Il principio gerarchico** che fa funzionare un'équipe **non vale nel lavoro di rete**, dove l'enfasi è piuttosto posta sulla collaborazione tra differenti organizzazioni e tra differenti tipi di persone a livello locale.

La discrezionalità relazionale tra operatori in questi casi, cioè la libertà di decidere se interagire o meno, e con chi, dovrebbe essere in qualche modo codificata: ogni esperto è responsabile di una prestazione per la quale è lì chiamato ma deve essere anche responsabilizzato formalmente

---

<sup>24</sup> *Teoria e metodologia del Servizio Sociale. La prospettiva di rete.*, F. Folgheraiter, Erickson, 2007, p.498



all'interazione e alla collaborazione. Una responsabilità che non è più riferita solo al proprio ente ma che è comunitaria.

Servono precisi marchingegni istituzionali per condizionare la collaborazione inter-agenziale dei loro operatori sul terreno (es. contratti o protocolli di rete).

### Distinzione tra *lavoro di rete* e *lavoro in rete*

#### Sintesi dei concetti<sup>25</sup>

Lavoro in rete	Azione di un singolo componente della rete che agisce cercando in qualche modo di raccordarsi o di tener conto dell'esistenza di altre azioni di altri interessati sul compito. E' quindi il tentativo anche inconscio di un singolo componente della rete di migliorare la sua stessa azione ponendola in relazione con quella di un altro (o pochi altri).
Essere in rete	Posizione di una persona che svolga una parte, anche isolatamente, in compito comune.
Lavoro di rete	Azione di guida (raccordo, direzionamento e sviluppo) nei confronti delle diverse persone in relazione che costituiscono la rete. E' intenzionale e consapevole, anche se non necessariamente <i>professionale</i> , e va oltre le semplici funzioni di coordinamento (raccordo funzionale).
Reticolazione informale	Azione inconsapevole di coordinamento funzionale espressa dall'interno della rete da un suo membro. E' un'azione centralizzata in una figura-perno che tendenzialmente va a raccordare varie azioni nella rete (al limite, tutte).

#### 4.1. Lavoro integrato: *dal curing al caring*

Il lavoro di rete consiste sostanzialmente nel far sì che tutti gli elementi, le parti che compongono sia il problema che la soluzione, siano collocati in maniera da collegarsi e inter-dipendere, costituendo in questa trama di interdipendenza una nuova totalità, un nuovo "sistema" che, per la sua stessa esistenza, situerà il problema in un'altra prospettiva (prima di tutto cognitiva), favorendo delle soluzioni impensate.

A tal proposito l'**elemento di fondo** che può aiutare a tracciare le diversità da cui ripartire come vincolo **per organizzare e gestire un lavoro integrato sul piano professionale riguardano la differenza tra curing e caring**.

Nella cultura anglosassone si distingue il concetto di cura per intendere il darsi da fare per guarire (*curing*) rispetto al darsi da fare per assistere la persona prendendo atto dello stato di bisogno in cui è

<sup>25</sup> ibidem, pag.447



(*caring*).

In proposito ci ricorda F. Folgheraiter <sup>26</sup>:

con il termine *curing* indichiamo la strategia di eliminare o controllare il malessere attaccando una manipolazione precisa basata su dati obiettivi. **E' l'idea tipica del curare nel senso di <<guarire>>**. Il *curante sanitario* vede il problema circoscritto alla patologia e tenta di risolverlo *sopprimendola* con arti e procedimenti scientifici consolidati, che il più delle volte possono tradursi in prestazioni standard replicabili. (...) quando la malattia diviene cronica ...definisce come suo scopo quello di accompagnarne il suo decorso inesorabile controllandone gli effetti mitigandone le manifestazioni collaterali (ad esempio il dolore) ... Stesso orientamento troviamo in altre branche della sanità come la *medicina sociale* che si preoccupa di studiare e controllare l'insorgenza collettiva di malattie e affezioni in chiave preventiva che emergenziale. E' sempre la patologia che prende il pensiero, è sempre il mal funzionamento organico che va prima accertato e poi trattato o controllato secondo il classico schema binario della <<diagnosi e trattamento>>, eventualmente sapendolo individuare anche prima che esso arrivi a prodursi.

E sugli utenti aggiunge:

I pazienti fungono da portatori del problema e rimangono ignari della sua realtà precisa che solo il medico abilitato può vedere, e molte volte persino toccare con mano in senso letterale.

... Tuttavia la medicina *postmoderna* tende a mettere in discussione questo approccio così <<realistico>>. Si sforza di immaginare quanti benefici deriverebbero ai sistemi sanitari se i medici adottassero ragionamenti sofisticati e mettessero a volte in discussione la loro tendenza a <<cosificare>> i problemi, e spesso anche gli stessi pazienti che li portano<sup>27</sup>.

E infine:

**La logica sociale è quella del prendersi cura secondo reciprocità (*caring*)**

**La logica sociale dell'aiuto è altro rispetto a quella sanitaria, anche se le due si debbono spesso integrare in pratica dentro una stessa <<terapia>> complessa.**

... Mentre la medicina più moderna deve tendere a tener conto del punto di vista degli interessati alle cure per il lavoro sociale questa è questione vitale.

**Un operatore che lavora su problemi sociali anziché strutture biologiche rotte o disfunzionanti, deve riconoscere la complessità dei sistemi osservanti che guardano quei problemi.** ... i problemi sociali emergono (si costruiscono) dalla molteplicità di fuochi osservativi presenti nelle loro situazioni costitutive, da quelli più coinvolti (utenti e familiari ad esempio) ad altri via via più distaccati. L'operatore sociale presente in situazione è uno di questi sistemi osservanti. ... Di più si dice che <<operatore sociale>> si dice anche di colui che vede se stesso quale osservatore di tutto il sistema osservante sotto di sé.

Osservatore sociale = (n.livelli osservativi + il proprio) + 1

Deduciamo per inciso da queste affermazioni che il Lavoro sociale ha la struttura formale della *supervisione*. ... esprime una competenza di osservazione sopra altre competenze di osservazione, nello stesso modo in cui opera un tipico supervisore formativo ... tiene conto delle percezioni degli altri e le amalgama nel proprio agire, anche nel caso in cui non sia consapevole di farlo.

<sup>28</sup>... la nostra tesi è che il sociale sia l'*ambiente* necessario dell'aiuto personalizzato. L'aiuto umano non può esserci fuori da una logica sociale ... Il sociale è un ombrello più <<comprensivo>> del sanitario tant'è che l'<<aver cura>> può <<produrre guarigione>> di per

<sup>26</sup> Fondamenti di metodologia relazionale, F. Folgheraiter, Erickson, 2011, p.27

<sup>27</sup> l'OMS in effetti invita a considerare la salute come <<uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non soltanto l'assenza di malattia o infermità>>

<sup>28</sup> Teoria e metodologia del Servizio Sociale. La prospettiva di rete., F. Folgheraiter, Erickson, 2007, p.36

sé, ovvero ne può diventare un prerequisito indispensabile; una guarigione realizzata può rivelarsi alla fine inutile, senza la care; quando la guarigione risulta impossibile – nei casi di cronicità, ad esempio – ecco che la cura sociale può essere la risposta d'elezione, e così via.

## 4.2. Il team multiprofessionale e multi-ente

L'Unità di Valutazione Multidimensionale, che nelle varie Regioni assume varie terminologie, costituisce l'anello operativo strategico locale per l'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari di natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale. La valutazione multidimensionale ovvero l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni che presenta il caso è effettuata da un team multiprofessionale con competenze sanitarie e sociali in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi per poi predisporre il Piano assistenziale individualizzato (PAI). Tutte le Regioni hanno scelto questa modalità di valutazione dei bisogni per l'accesso alle prestazioni ma non tutte le Regioni hanno previsto una composizione dell'unità di valutazione che vede la presenza sia della ASL che dell'Ambito sociale (o del comune) nonostante questa compresenza sia decisiva ai fini dell'efficacia dell'integrazione.

L'integrazione sociosanitaria si realizza se la valutazione dei bisogni e la definizione del percorso assistenziale vengono effettuate in modo congiunto dalla ASL e dal comune. Gli organismi di valutazione (UVM) che decidono l'assistenza integrata devono quindi veder rappresentati i due enti (Comune e ASL).

L'integrazione si realizza ed è più efficace se c'è la responsabilizzazione e la partecipazione diretta di tutti gli enti coinvolti. E' del tutto evidente che quando si decidono i servizi da erogare a un assistito, servizi che possono essere sociali e/o sanitari, la decisione deve essere presa da una équipe che deve avere due caratteristiche:

- *deve essere multidisciplinare in modo da poter disporre dei professionisti in grado di fare una valutazione multidimensionale (comprensiva degli aspetti sanitari e sociali);*
- *deve veder rappresentati tutti gli enti tenuti poi ad erogare materialmente le prestazioni.*

Se non si realizza questo ci sarà sempre qualcuno che vedrà con sospetto chi cerca di disporre delle risorse altrui e le cose non funzioneranno.

Naturalmente, tutti i soggetti che partecipano alla valutazione dell'utenza e alla definizione dei percorsi assistenziali deve disporre della **potestà di decidere l'utilizzo delle risorse** del proprio ente nei limiti dei vincoli e delle indicazioni ricevute altrimenti la partecipazione è sostanzialmente inutile.

## 4.3. Case manager

Quando le prestazioni erogate agli utenti dipendono da enti diversi occorre che qualcuno si assuma la responsabilità di coordinare gli interventi.

Uno dei motivi che non hanno permesso lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria è stata l'assenza della definizione di un livello di responsabilità nella gestione unitaria dei diversi interventi. Quando sono più soggetti e/o più enti a intervenire per una stessa persona l'efficacia e la

funzionalità dell'intervento sono determinati dalla presenza o meno di un coordinatore dell'intervento integrato.

In presenza di prestazioni complesse ed integrate, occorre nominare il case manager per ogni assistito con il compito di coordinare gli interventi, valutarne gli effetti, proporre aggiustamenti, rapportarsi con l'assistito e la sua famiglia.

Il case manager, è molto importante per il funzionamento dell'integrazione, perché:

- segue le diverse fasi attuative del Pai,
- coordina le risorse,
- garantisce l'integrazione degli interventi sociali e sanitari,
- è garante della continuità dei rapporti con la persona e la famiglia (è il punto di riferimento per la famiglia),
- valuta l'efficacia degli interventi,
- propone all'Unità valutativa l'eventuale modificazione del PAI.

E' indispensabile che il Case manager sia riconosciuto da tutti gli attori in gioco per cui anche le procedure per la sua identificazione devono essere congiunte o condivise.

Questo intervento micro non è sufficiente a risolvere il problema delle responsabilità che va affrontato anche a livello macro. In altre parole tutta la strategia e l'organizzazione dell'integrazione sociosanitaria da sviluppare a livello di distretto sanitario/ambito sociale deve avere un responsabile che coordina una cabina di regia che veda presente la dirigenza del distretto e dell'ambito sociale/comuni. La responsabilità dell'integrazione va però individuata in una unica persona anche a rotazione periodica fra mondo sanitario e mondo sociale. Il responsabile dell'integrazione di distretto/ambito risponde di questo incarico e dei risultati prodotti.

#### **4.4. Lavoro di gruppo: l'organizzazione gestionale delle UVI**

Analizzare i propri modelli di gestione UVI alla luce di quanto finora introdotto ...

## 5. UNIFORMARE PRATICHE E PROCEDURE

### 5.1. Buone pratiche generali e di settore

Brainstorming guidato per l'identificazione delle buone pratiche

Individuare, alla luce dei contenuti formativi fin qui emersi, le buone pratiche in atto e le eventuali proposte di procedure settoriali

Sintesi e condivisione delle pratiche per settore, con individuazione degli strumenti di intervento

### 5.2. Il regolamento: analisi e proposte

il Regolamento UVI: strumento che guida il processo di valutazione ....

<sup>29</sup> Il Regolamento si configura come una fonte di diritto locale con funzioni di tipo organizzativo interne all'ente/servizio che lo emana, ma anche con un rilievo diretto nel processo di concretizzazione dei diritti dei cittadini amministrati; In quanto tale esso è espressione degli orientamenti politici dell'ente e riflette le scelte di politica sociale; disciplina le funzioni e l'articolazione degli organi di governo, stabilisce i criteri di accesso alle prestazioni e ai servizi, e in generale rappresenta la stella polare che guida l'azione delle pubbliche amministrazioni.

In quanto tale esso ha un importante valore pratico, del quale sono consapevoli gli operatori dei servizi sociosanitari nella misura in cui esso ne "regolamenta" il funzionamento e ne supporta l'operatività. Uno strumento che per questa sua stessa natura (operativa) necessita di una stesura partecipata e di un aggiornamento periodico.

ESERCITAZIONE a gruppi:

Leggere l'attuale regolamento e fare proposte di modifica alla luce di quanto appreso in formazione

---

<sup>29</sup> SSPAL La funzione statutaria e regolamentare degli enti locali - S. Mangiameli