

## LA VALUTAZIONE DEL PROCESSO D'AIUTO CON LA PERSONA E LA FAMIGLIA

Alessandro Pompei

### VALUTAZIONE ED ESIGIBILITÀ DEI DIRITTI

Valutare significa assegnare un valore a cose, a fatti, a idee: è pertanto un giudizio secondo criteri a volte espliciti, altre volte impliciti o inconsapevoli, frutto di un rapporto fra gli obiettivi, i desideri o le attese cui si tende e ciò che si ha o si ottiene. Parafrasando il primo assioma della comunicazione umana («non si può non comunicare», Watzlawick P., Helmick Beavin J., Jackson D., 1971), si può dire che è impossibile non valutare: è per questa ragione che è dovere del servizio e dell'operatore esplicitare i criteri che vengono agiti nella valutazione del processo d'aiuto e dei suoi esiti, non solo perché questi ne orientano obiettivi e qualità, ma anche e soprattutto, perché questa è una delle condizioni che rende fattibile e produttiva la partecipazione della persona alle scelte che la riguardano.

La valutazione, pertanto, è un processo che inizia ancora prima del progetto quando vengono definiti i principi e le scelte valoriali che dovranno informare la progettazione, quando, cioè, viene definito il sistema di tutela del cittadino e le modalità attraverso le quali si deve attuare.

Non è possibile ridurre la tutela all'insieme delle norme a difesa dai torti e dai disservizi patiti nella fruizione dei servizi. La tutela si concretizza soprattutto in un insieme di azioni positive e di obiettivi da perseguire, volti a rendere certa, accessibile ed efficace l'assistenza. Va assicurato un sistema di garanzie in grado di rendere esigibili i diritti della persona nel processo d'aiuto a partire da quelli che vengono garantiti dalla Carta costituzionale e in particolare quelli relativi all'eguaglianza, alla libertà e alla solidarietà.

Nei percorsi di presa in carico della persona e della famiglia l'implicazione operativa è che, se si deve concretizzare un servizio che persegue l'*eguaglianza* per tutti gli utenti, esso parta innanzitutto dal riconoscimento delle differenze che caratterizzano ogni singola persona dall'altra. L'obiet-

tivo non è che a ogni persona siano offerti gli stessi interventi e le stesse prestazioni e opportunità, ma che a ognuna, a partire dal suo problema e dai suoi bisogni e capacità, sia proposto il processo d'aiuto predisponendo un piano d'intervento personalizzato che riconosca la sua identità per «co-costruire» identità. Ciò si contrappone alla tendenza alla standardizzazione delle risposte assistenziali.

L'esigibilità del diritto alla *libertà* si concretizza non solo quando si interviene sui bisogni, sulla parte malata della persona o sulle difficoltà familiari e ambientali attivando prestazioni e interventi che caratterizzano una relazione di cura «per/su» l'utente e la famiglia. L'intervento che agisce solo sulla libertà negativa, è riduzionista, tende a rendere le persone passive e limita la sua stessa efficacia.

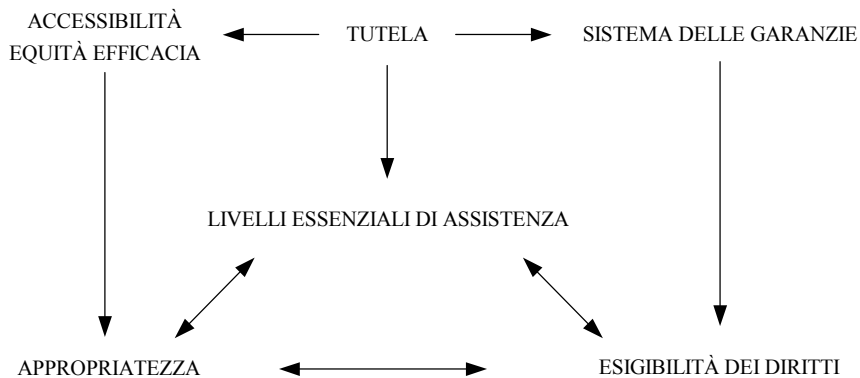
Si deve liberare la persona dai bisogni, ma si deve metterla nelle condizioni di scegliere e di autodeterminare il proprio progetto di vita. L'intervento che agisce sulla libertà positiva, porta a lavorare, perciò, «con» la persona perché le si riconoscono capacità, competenze, valori e diritto all'autodeterminazione: si devono allora ascoltare le sue rappresentazioni del mondo, riconoscere i suoi stili di vita e capire i suoi atteggiamenti, le sue credenze, le sue aspettative e da qui far generare i percorsi di cura.

Questa è anche la premessa per rendere partecipe la persona, e favorire una sua assunzione di responsabilità nei confronti del processo di cura secondo il principio della sussidiarietà orizzontale. La *solidarietà*, infatti, nel lavoro con le persone non è una categoria dello spirito, o solo un gesto gratuito di generosità, ma è impegno, complementarità, comportamento cooperativo, appunto assunzione di responsabilità a partire da quelle che ogni persona deve verso se stessa e il suo mondo vitale. Nessuno scientemente si mette nella condizione di bisogno; la decisione, mai indolore, di chi vuole uscirne, è proprio la richiesta di aiuto. Molta attenzione deve essere fatta da chi riceve la domanda, perché una risposta assistenzialistica o paternalistica può innestare circoli iatrogeni piuttosto che stimolare la volontà di assumersi responsabilità per avviare un cammino di cambiamento. Un cammino che va costruito a partire dalle proprie capacità, accettando l'aiuto di chi viene riconosciuto, in quel momento, competente ad accompagnarle e a sostenerle.

La tutela, perché non sia solo un'enunciazione di principio, deve perciò tradursi in qualità dei servizi (Zanon R., 2002), assicurare eguaglianza ed equità nell'accesso, rispondere a criteri di appropriatezza: la valutazione è uno strumento per verificare quanto e con quale qualità si realizzi.

Esiste una stretta relazione (figura 1) fra la tutela, come qui è stata intesa, e i livelli essenziali di assistenza previsti dalla legge 328/2000. Il concetto stesso di essenzialità presuppone che gli interventi debbano basarsi sull'effettiva garanzia che al livello di assistenza individuato corrispondano positive risposte ai bisogni, aderendo a criteri di appropriatezza (Vecchiato T., 2001).

Fig. 1 - Relazione fra tutela, diritti e livelli essenziali di assistenza<sup>4</sup>



Va pertanto assicurato che il contenuto tecnico delle prestazioni da erogare e i requisiti di processo professionale inerenti alle modalità per l'efficace erogazione dei contenuti assistenziali, garantiscano eguaglianza, equità e qualità del processo d'aiuto, a partire dalla fase di accesso ai servizi, come prescrive il comma 4, lettera a, art. 22 della legge 328 (Pompei A., Vecchiato T., 2001).

#### ALCUNI RIFERIMENTI NORMATIVI

Valutare non risponde solo a questioni etiche. Gran parte della legislazione e della normativa nazionale, regionale e locale di questi ultimi anni, riguardante il sociale e il sanitario, per un verso o per l'altro, afferma la ne-

<sup>4</sup> Modificato dallo schema di Zanon R., 2002, documento non pubblicato, Fondazione «E. Zancan».

cessità della valutazione dei programmi e dei progetti, siano essi riferiti alla comunità o a gruppi, o alla persona e alla famiglia. In particolare la «Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali» n. 328/2000, al comma 3 dell'art. 1, *Principi generali e finalità*, afferma che «la programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali» si attua «secondo i principi ... di efficacia, efficienza ...» e al comma 1 dell'art. 3, *Principi per la programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, ribadisce 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 e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto di genere».

Il riferimento normativo più puntuale e spendibile da un punto di vista operativo lo si trova nel «Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri recante approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento relativo alla integrazione sociosanitaria» del 14 febbraio 2001 che, in attuazione del d.lgs n. 229/99 e della legge 328/00, affronta in dettaglio le tematiche relative all'integrazione gestionale e professionale, le tipologie delle prestazioni sociosanitarie e il loro finanziamento (Diomede Canevini M., Vecchiato T., 2002).

L'*Atto d'indirizzo* oltre a fissare i caratteri dell'integrazione sociosanitaria, infatti, individua come deve essere sviluppato il progetto personalizzato in riferimento alla natura del bisogno, alla sua complessità, all'intensità assistenziale, alla sua durata (art. 2). Il comma 3, art. 4, indica come si deve sviluppare metodologicamente: «per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti».

La formulazione del comma è di per sé esplicativa e si vedrà più avanti come le indicazioni che propone possano trovare collocazione nell'articolazione del lavoro per progetti e indicare l'appropriatezza metodologica del processo d'aiuto.

## LA VALUTAZIONE «CORRENTE»

Per rispondere alle valenze etiche e agli aspetti normativi che prescrivono la valutazione, il processo d'aiuto deve considerare tutti gli aspetti costitutivi del lavorare per progetti: il contenuto, il prodotto, gli strumenti e il sistema di valutazione. Nel lavoro con la persona e la famiglia, è pertanto necessario che sia definito il *problema* che origina i *bisogni* di salute che si intendono affrontare (il contenuto), gli *obiettivi* che si vogliono raggiungere (il prodotto), le *prestazioni* e le *azioni* che si intendono adottare per raggiungerli (gli strumenti) e infine il *sistema di valutazione* degli esiti e della qualità del processo d'aiuto.

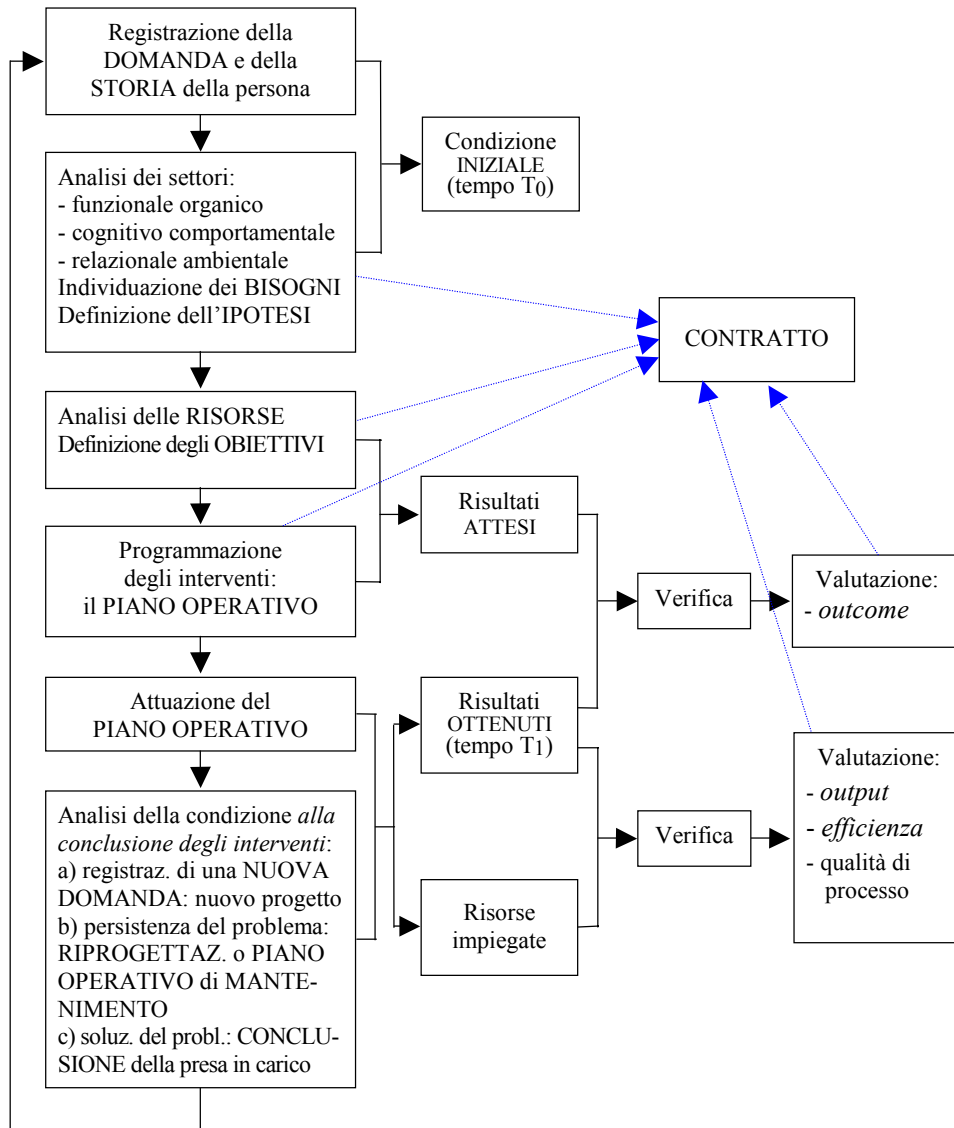
Nello schema dell'articolazione del progetto<sup>5</sup> (figura 2), le fasi costitutive sono ben individuabili: il problema e i bisogni della persona sono precisati dopo l'analisi della sua domanda d'aiuto e della sua storia di vita; gli obiettivi sono definiti avendo presenti i soggetti e le risorse che si assumono responsabilità rispetto al problema e le azioni e le prestazioni sono definite in riferimento agli obiettivi da raggiungere e alle risorse disponibili. Il sistema di valutazione è costituito dalla operativizzazione del problema e dei bisogni che definiscono la situazione nel tempo  $T_0$  (prima degli interventi), dalla trasformazione degli obiettivi in risultati attesi nel tempo  $T_1$  (alla fine del processo d'aiuto, o alla fine del periodo di durata del progetto), dalle modalità per compiere la verifica e la valutazione dei risultati ottenuti dopo l'attuazione degli interventi nel tempo  $T_1$ , dalla verifica e dalla valutazione dell'attuazione del piano operativo e, infine, dalla valutazione della qualità di processo.

Come si può vedere, la valutazione è un'attività connessa non solo ad una fase del progetto, quella finale, ma si compie lungo l'intero processo. Per questo possiamo denominarla corrente e interna, in quanto si effettua durante l'intervento da parte di chi è coinvolto nella progettazione. La valutazione corrente è da preferire a sistemi di ricerca valutativa, che spesso sono affidati ad agenzie esterne al servizio; questi sistemi, a parte gli alti costi aggiuntivi, sono vissuti male dagli operatori perché visti come «controllori». Inoltre, fare valutazione in modo corrente permette che il processo possa essere co-progettato in ogni sua fase con la partecipazione di tutti i soggetti che a diverso titolo si assumono responsabilità rispetto al problema.

---

<sup>5</sup> La metodologia è utilizzabile sia in area sociale che sociosanitaria.

Fig. 2 - Schema dell'articolazione in fasi del progetto



In particolare, il coinvolgimento della persona e dei suoi familiari, rende naturale il contratto fra loro e gli operatori.

La valutazione corrente, inoltre, rende più visibile il lavoro non solo alla persona e ai suoi familiari, agli amministratori e ai dirigenti, ma anche agli stessi operatori perché fa emergere immediatamente il significato della loro azione, che spesso si disperde o rimane nascosto nel fare quotidiano, specie se il lavoro è organizzato per percorsi standardizzati. Valutare i risultati che si ottengono, oltre che dare un significato al lavoro, permette agli operatori di passare da un ruolo in cui sono prevalentemente esecutori di adempimenti decisi da altri, a uno in cui si sperimentano protagonisti e «costruttori». La valutazione corrente del lavoro svolto, fa sì che si pensi il progetto nella sua totalità e se ne possa capire l'utilità nel momento dell'azione. Infatti il progetto è una costruzione artificiale in vista di uno scopo da perseguire che tiene conto del contesto organizzativo nel quale va a collocarsi. È razionale in quanto è frutto del pensiero e di una certa logica: ma solo l'azione, l'applicazione concreta, l'intervento cioè, permette di verificare se è viabile, se serve allo scopo. Questo permette di rallentare il *burn-out* che, alimentato soprattutto dalla *routine*, porta all'indifferenziazione anche dell'utenza.

Come abbiamo visto, nel lavoro con la persona e la sua famiglia, il progetto è un processo unitario costituito da una serie di attività coordinate e tenute sotto controllo, ben delimitato nel tempo, che in relazione a un problema, ha lo scopo, tenendo conto delle risorse disponibili, di raggiungere obiettivi ben precisati e tali da poter essere valutati. Si può articolare in fasi differenziate fra loro, ma non nettamente separate, che si susseguono secondo una logica temporale (il ciclo di vita del progetto); per cui i risultati della fase precedente sono premessa per impostare la successiva. Di fatto il progetto è pensato nella sua totalità, ma la necessità di esplicitarlo in fasi, assolve a funzioni fondamentali: una di progettazione e valutazione dell'organizzazione del processo d'aiuto a priori (valutazione *ex ante*), una funzione organizzatrice dell'azione, quando lo si realizza operativamente (valutazione *in itinere*), e una di valutazione di quanto si è attuato e raggiunto (valutazione *ex post*).

#### ALCUNE DEFINIZIONI

Il sistema di valutazione comporta l'analisi dei risultati sotto tutti i diversi aspetti considerati: gli esiti dell'intervento (*outcome*), i prodotti (*output*), l'efficienza e il grado di tutela (qualità del processo).

### *L'outcome*

L'*outcome* è la misura più significativa del grado di raggiungimento della finalità del servizio. Infatti valuta in termini di efficacia la capacità di raggiungere l'obiettivo di salute che si è dato il gruppo di progetto. Si riferisce al contenuto del progetto, al problema: è il rapporto fra i risultati di salute attesi e i risultati di salute ottenuti (figura 3), il che richiede una precisa definizione e misurabilità della situazione iniziale, dei risultati attesi e di quelli che si ottengono al termine del percorso. L'*outcome* dipende dall'appropriatezza degli interventi, dalla loro quantità e qualità, dalla loro modalità di esecuzione, ma anche da «chi è» la persona, da dove vive, dalla sua età, dal sesso, dal suo livello d'istruzione, dalla sua cultura e dal suo stato di salute.

Fig. 3 - Formula sintetica dell'*outcome*

$$\text{Outcome} = \frac{\text{risultati di salute ottenuti}}{\text{risultati di salute attesi}}$$

L'*outcome* deve essere definito in modo partecipato, in modo da fondere il giudizio degli operatori con quello della persona e della sua famiglia, con i loro valori, le loro percezioni, le loro rappresentazioni del mondo. Dalla formula, sembrerebbe possibile determinare gli esiti secondo una logica di razionalità assoluta, quella cioè che governa la progettualità applicabile ai sistemi complicati. Di fatto progettare nel sociale significa avere a che fare con sistemi complessi - la persona, la famiglia, la comunità - che per loro natura sono irriducibili e mai fino in fondo comprensibili e spiegabili. La logica da adottare è pertanto quella della razionalità limitata: in relazione al problema, è definita una linea strategica d'azione con obiettivi di massima ma è sottoposta a continue verifiche, per segmenti operativi temporalmente definiti (il progetto). Il progetto e le valutazioni *in itinere* dello stesso, consentono l'adattamento e la correzione del processo d'aiuto se i risultati non fossero quelli desiderati. La valutazione degli esiti del processo d'aiuto permette di capire quanto questo sia stato efficace e il ripetersi di esiti positivi in situazioni analoghe è la conferma dell'appropriatezza degli interventi basati su evidenze scientifiche.



### *La verifica*

Prima della valutazione di esito, è necessario *verificare* su base oggettiva se i cambiamenti avvenuti rispetto al problema sono quelli attesi. Per fare la *verifica* è necessario *operativizzare* il problema e, come si vedrà più avanti, scegliere alcuni fattori osservabili e *test*, che assolvano ai criteri di validità e affidabilità, e misurarli nel tempo  $T_0$ , cioè prima degli interventi. I risultati sono assunti come *base di verità provvisoria* per rendere intelligibile la situazione della persona anche se in modo semplificato e riduttivo ma, oggettivo e confrontabile. Alla fine del progetto, nel tempo  $T_1$ , vengono riproposte le stesse misurazioni con gli stessi protocolli esecutivi verificando se c'è corrispondenza fra i risultati ottenuti e quelli attesi. La verifica basata sulla misurazione dà una visione ridotta e parziale della realtà perché si basa su semplificazioni.

### *La valutazione*

La *valutazione* parte dalle risultanze della verifica e *attribuisce valore e significato* ai suoi risultati. In un certo qual modo si può dire che la verifica sta alla valutazione come le date stanno all'interpretazione della storia o il prezzo di un qualunque bene al suo valore. Se la valutazione non si componesse di altri fattori d'interpretazione, allora non sarebbe altro che tautologica rispetto alla verifica perché non vi aggiungerebbe nulla.

La verifica viene arricchita dall'esperienza professionale degli operatori, dai giudizi della persona e della sua famiglia. In questa fase il gruppo di progetto mette in gioco e tiene conto anche delle sensazioni e delle emozioni vissute, della soddisfazione ricavata e di ogni altro elemento emerso lungo il percorso. Infatti «la valutazione chiama in causa un esercizio di responsabilità attiva da parte del soggetto valutante a cui non viene chiesto soltanto se il risultato è conforme alla regola, ma anche se quel risultato risponde ad altri parametri estetici, etici, affettivi» (Vecchiato T., 1995).

### *L'output*

*L'output* si riferisce al volume delle prestazioni attuate nell'ambito del processo d'aiuto. È il «rendimento» dell'attività sottoposta a valutazione. La valutazione di *output* si ricava dal rapporto fra le azioni e le prestazioni programmate e quelle attuate, tramite un loro attento monitoraggio (figura 4). È sempre verificabile sia durante, sia alla fine del progetto.

Fig. 4 - Formula sintetica dell'*output*

$$\text{Output} = \frac{\text{azioni, interventi programmati}}{\text{azioni, interventi attuati}}$$

La valutazione di *output* è importante perché l'*outcome* deve poter essere correlabile agli interventi effettuati. È utile per capire se un eventuale effetto indesiderato nella salute della persona, rilevato *in itinere* o alla fine del progetto, può dipendere da un mancato rispetto della qualità di esecuzione e/o della quantità degli interventi programmati. Per determinare l'*output* è pertanto necessario monitorare l'attuazione degli interventi attraverso l'accertamento puntuale della loro attuazione. L'*output* è propedeutico alla determinazione dell'efficienza degli interventi.

#### *L'efficienza*

L'*efficienza* è il rapporto fra gli obiettivi raggiunti e le risorse impiegate, quindi è tanto più efficiente quel progetto che raggiunge lo stesso obiettivo con minore impiego di risorse, ovvero con le stesse risorse consegue obiettivi maggiori. L'efficienza può essere valutata solo comparando risultati e risorse impiegate fra più progetti che presentino caratteristiche simili. Ciò è possibile se l'attuazione del piano operativo dei singoli casi è monitorata bene e puntualmente.

Fig. 5 - Formula sintetica dell'efficienza

$$\text{Efficienza} = \frac{\text{obiettivi raggiunti}}{\text{risorse impiegate}}$$

A differenza dell'efficienza, l'*economicità* valuta quanto viene a costare il progetto indipendentemente dagli esiti.

#### *La qualità del processo di aiuto*

La qualità del processo d'aiuto viene determinata dai fattori produttivi relativi a «cosa si fa» e a «come lo si fa» (ad esempio, i comportamenti degli operatori, la correttezza tecnica nell'effettuare le prestazioni anche da un punto di vista relazionale, il coordinamento e l'integrazione delle presta-

zioni, le modalità di partecipazione). Questi e altri fattori che determinano la qualità sono importanti, ma il rischio è che le logiche che li governano siano prevalentemente organizzative e orientate alla massima economicità, tali da definire una struttura che può anche funzionare egregiamente, ma che perde di vista il contenuto e gli obiettivi per i quali è stata pensata. L'organizzazione in tal modo può diventare un valore in sé, indipendente dal motivo e dalle funzioni per le quali è stata costituita. La definizione degli interventi e delle modalità di esecuzione e la stessa organizzazione del lavoro, non possono perdere di vista il «prodotto salute», l'*outcome*, ma le prassi operative che si adottano devono rendere disponibili i diritti della persona. Le logiche che devono governare la scelta del «cosa fare» e del «come farlo» devono essere strettamente connesse agli esiti perseguiti e alla promozione dei diritti di cittadinanza.

In altri termini, la qualità del processo d'aiuto non è separabile né dall'esito né da quanto e in che modo l'intervento riesce a promuovere la dignità della persona e il suo progetto di vita. In questa ottica, *la valutazione del processo d'aiuto* (figura 6) può essere definita come il rapporto fra il grado di tutela che s'intende rendere esigibile e la tutela realizzata. Fattori di qualità del processo sono infatti la personalizzazione, la presa in carico della globalità dei bisogni della persona (perché la persona quando è «malata», lo è nella sua totalità), l'integrazione professionale, l'equità e la tempestività nell'erogazione delle prestazioni, la loro appropriatezza, il coinvolgimento della persona e della sua famiglia e la partecipazione dei soggetti della comunità.

Fig. 6 - Formula sintetica della qualità del processo d'aiuto

$$\text{Qualità del processo di aiuto} = \frac{\text{grado di tutela reso esigibile}}{\text{grado di tutela perseguito}}$$

Un progetto molto complesso o di lunga durata, va valutato non solo alla fine, ma anche *in itinere*, in corso di esecuzione. Si valuta mentre il processo d'aiuto è in corso, al fine di controllare se il progetto sta dando risultati che vanno nella direzione desiderata. Se non fosse così, sul piano etico, prima ancora che su quello metodologico, andrebbero apportate le giuste correzioni. La valutazione *in itinere*, non va assolutamente confusa con

il monitoraggio che, come abbiamo visto, è una verifica continua delle attività per controllare che procedano così come erano state programmate.

#### LA VALUTAZIONE DEL PROCESSO D'AIUTO

Vediamo ora come, quanto fin qui proposto, si concretizza nella progettazione e realizzazione del processo d'aiuto (Pompei A., Costanzi C., Risso A., 2001<sup>6</sup>). Per valutare è strategica un'attenta e puntuale documentazione professionale del processo d'aiuto. Documentare ciò che si fa è comunque importante (Diomede Canevini M., 1993) al fine di presentare correttamente il proprio lavoro agli amministratori, ai dirigenti, ai colleghi, alla persona e alla sua famiglia e ai soggetti della comunità. È anche, perciò, uno strumento che promuove la partecipazione e dà conto delle responsabilità che i diversi soggetti si assumono rispetto al problema della persona.

##### *La valutazione del problema*

La definizione dell'ipotesi del problema è la condizione metodologica necessaria per la valutazione di *outcome*. Se nella progettazione si passa alla definizione degli obiettivi o degli interventi senza ipotizzare il problema, viene a mancare la definizione esplicita del contenuto del processo d'aiuto rendendo impraticabile la valutazione di esito. Per altro, quando si agisce professionalmente, questa non può essere un'attività inconsapevole perché rischia di essere dettata dal solo buon senso, dalle emozioni o da semplici impressioni. I riferimenti metodologici e culturali, le premesse e i valori vanno dichiarati e agiti in forma esplicita.

La definizione dell'ipotesi del problema è anche la condizione necessaria per la personalizzazione del processo d'aiuto: due persone che abbiano gli stessi bisogni, infatti, possono percepire e vivere la loro condizione in modo molto diverso, anche se possono essere riconosciute caratteristiche di condizione comuni, e avere quindi necessità di interventi difforni per genere, intensità, durata e qualità relazionale.

---

<sup>6</sup> Il volume riporta un'esperienza nell'ambito del lavoro con anziani non autosufficienti, ma la metodologia descritta è stata proficuamente sperimentata anche nel lavoro con minori, con famiglie multiproblematiche, con disabili e nella salute mentale. Il presente testo riprende in parte i contenuti del volume, cui si rimanda per gli approfondimenti.

Ipotizzare il problema significa passare da ciò che è conosciuto, la domanda e la descrizione della storia della persona, a un'interpretazione condivisa dal gruppo di progetto<sup>7</sup> che dia significato alla domanda stessa, vada oltre, se necessario, al bisogno espresso e, con la persona e la sua famiglia, lo ridefinisca per poterne ipotizzare le cause sulle quali intervenire al fine di promuovere la migliore qualità di vita possibile. Definire l'ipotesi del problema significa riconoscere la persona e non solo la malattia o il bisogno.

La definizione del problema è un'ipotesi limitata: è un'ipotesi perché è un'interpretazione, fra le tante possibili, della causa che determina i bisogni della persona e non solo per l'impossibilità di oggettivizzare e rappresentare la complessità; è un'ipotesi perché è legata alle mappe culturali, ai saperi, ai valori di chi (singolo o collettivo) si assume la responsabilità della sua formulazione; ed è un'ipotesi limitata perché deve essere chiaro che è possibile conoscere solo ciò che in quel momento si è in grado di conoscere. Questa consapevolezza permette di essere aperti a nuove ipotesi, a nuove interpretazioni, a nuovi modi di connettere le informazioni. Definire il problema come ipotesi limitata significa introdurre, anche nel linguaggio, un elemento di sospensione, fino a quando, durante o dopo l'azione, potrà essere dimostrata la sua validità, predisponendo, in caso contrario, una sua riformulazione.

Il coinvolgimento della persona e della sua famiglia nella definizione del problema è importante non solo al fine di rendere esigibile il diritto alla partecipazione - aspetto di democrazia del rapporto d'aiuto - o al fine di impostare il contratto, ma anche perché questo implica riconoscere, oltre che insufficienze e limiti, competenze e capacità alla persona e al suo mondo vitale, condizione questa per rendere attuabile un percorso di sussidiarietà.

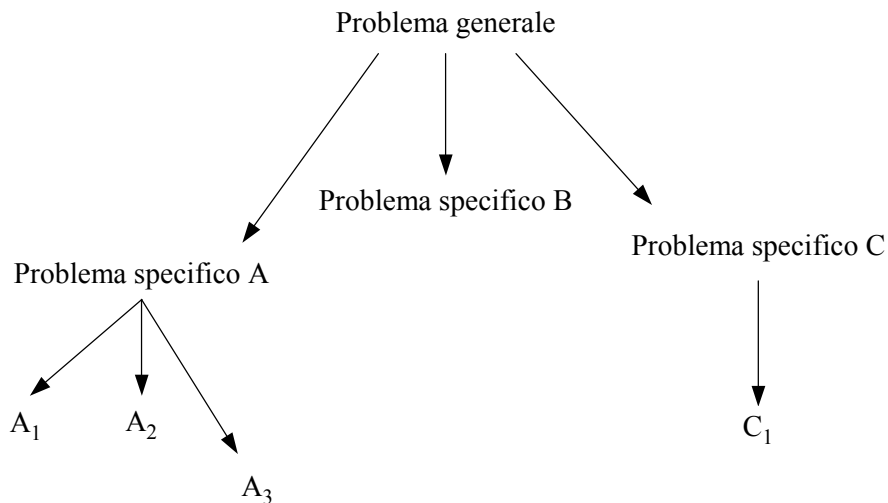
L'ipotesi del problema può essere formulata in modo generale e strategico, ma così formulata potrebbe non avere una funzione immediatamente operativa. Si tratta, allora, di ipotizzare e dettagliare diversi livelli del

---

<sup>7</sup> Il gruppo di progetto (o *équipe*) è multiprofessionale e integrato (operatori di area sociale e sanitaria) quando il problema è complesso; di area solo sociale o solo sanitaria, quando il problema è semplice: o sociale, o sanitario; partecipato, quando sono presenti, come co-progettisti, la persona, membri della sua famiglia, soggetti della comunità (amici, volontari...). In particolari condizioni organizzative, chi progetta è un singolo operatore con tutti i limiti che ciò comporta. Salvo quando non specificato diversamente, si userà «gruppo di progetto» pensando a un'*équipe* multiprofessionale, integrata e partecipata.

problema, dal più generale al più specifico aiutandosi, se lo si riterrà utile, con una rappresentazione ad albero (figura 7).

Fig. 7 - Rappresentazione dei diversi livelli del problema



Può essere sufficiente individuare un primo livello di problemi specifici come nel caso del problema specifico «B», oppure ulteriori livelli come nel caso del problema specifico «A» e «C». Nella costruzione dell'albero dei problemi specifici, possono essere graficamente evidenziate le priorità: i problemi specifici più prossimi al problema generale, possono convenzionalmente essere considerati più urgenti rispetto agli altri. Nella figura 7, è il problema «B», immediatamente seguito dal problema specifico «C». Analogamente il problema specifico «A3» è quello che risulta meno importante, mentre sullo stesso piano di priorità sono i problemi specifici «A1», «A2» e «C1». Nel caso in cui, come a volte avviene, il problema sia circoscritto e ben definito, non sarà necessario procedere a ulteriori specificazioni. Un'attenta valutazione delle priorità organizza e rende più agevoli le fasi successive.

In questa fase è necessario definire anche i problemi per i quali non si hanno soluzioni operative immediatamente disponibili. Ciò serve a evidenziare un bisogno non affrontato o un'assenza o un'insufficienza di risorse che, se ben documentati, possono contribuire a modificare le politiche locali d'intervento.

Per formulare l'ipotesi del problema, si devono utilizzare tutte le informazioni fino a quel momento raccolte (la domanda della persona, la sua «storia» prima e dopo la presa in carico), registrate secondo logiche di servizio in molteplici documenti (diari, consegne, certificati, appunti...). Perché siano fruibili vanno organizzate secondo le indicazioni del citato «Atto di indirizzo e coordinamento relativo alla integrazione sociosanitaria» del 14 febbraio 2001, art. 2, comma 3, dove si prescrive che per la «determinazione della natura del bisogno si tiene conto degli aspetti inerenti a: funzioni psicofisiche; natura delle attività del soggetto e relative limitazioni; modalità di partecipazione alla vita sociale; fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento».

«Questo quadro osservativo e valutativo indicato dall'atto d'indirizzo è coerente e, in un certo senso, anticipa per l'Italia la strategia che l'Organizzazione mondiale della sanità sta proponendo in tutti i paesi con l'Icf (*International Classification of Functioning Disability and Health*, Oms, 2001)» (Vecchiato T., 2002).

In sostanza, per allinearci alle indicazioni dell'Oms, si tratta di riassumere in tre schede - la prima relativa al settore funzionale e organico (area sanitaria), la seconda al settore cognitivo comportamentale (area sociosanitaria), e l'ultima al settore socio-ambientale e relazionale (area sociale) - le informazioni di natura sanitaria e sociale derivanti da molteplici fonti: quelle professionali, ma anche quelle fornite dalla persona, dalla sua famiglia, dagli amici, dai volontari. A volte, entrano in gioco anche informazioni che non sono state documentate, ma che si ritengono importanti al fine di dare una visione la più articolata e ricca possibile.

Si tratta di delineare, prima dell'intervento, al tempo  $T_0$ , per ogni settore, le carenze, le necessità della persona, ma anche le sue potenzialità, le sue risorse, considerando, perciò, non solo i bisogni ma anche le sue capacità e competenze.

L'Icf è particolarmente utile perché classifica e identifica i domini e le categorie ai diversi livelli della salute<sup>8</sup> considerando non solo gli aspetti negativi (la malattia, le menomazioni, le limitazioni alle diverse attività di vita quotidiana), ma anche quelli positivi. Indirizza gli operatori a una visione

---

<sup>8</sup> Ognuno dei tre settori (o componenti), è suddiviso in domini, «insiemi significativi di funzioni fisiologiche, strutture anatomiche, azioni, compiti o aree di vita correlate fra loro», ogni dominio è suddiviso in categorie, che «sono classi e sottoclassi all'interno del dominio di una componente». I livelli «costituiscono l'ordine gerarchico, fornendo indicazioni relativamente al dettaglio delle categorie» (Oms, 2001).

globale della persona «perché guarda al bisogno nei suoi fattori psicofisici e relazionali contestualizzati nello spazio di vita, relazionale e sociale, in cui la persona vive quotidianamente» (Vecchiato T., 2002) assicurando strumenti professionali che permettono la «valutazione multidisciplinare del bisogno» (art. 4 c. 3 dell'Atto di indirizzo e coordinamento relativo all'integrazione sociosanitaria del 14 febbraio 2001). L'Icf è basato, infatti, sull'integrazione del paradigma medico che vede «la disabilità come un problema della persona causato direttamente da malattie, traumi o altre condizioni di salute» (Oms, 2001) e del paradigma sociale «che vede la questione come un problema creato dalla società e in primo luogo nei termini di una piena integrazione degli individui nella società» (Oms, 2001). «L'Icf è basato sull'integrazione di questi due modelli opposti. Per cogliere l'integrazione delle varie prospettive di funzionamento, l'approccio utilizzato è di tipo 'biopsicosociale'. L'Icf tenta perciò di arrivare ad una sintesi in modo da fornire una prospettiva coerente delle diverse dimensioni della salute a livello biologico, individuale e sociale» (Oms, 2001).

Il *problema* è il denominatore che spiega i diversi aspetti evidenziati nei tre settori, ipotizzando la causa, la chiave di lettura comune dei bisogni evidenziati. La sua formulazione e la sua descrizione della situazione nel tempo  $T_0$  non permettono la comparazione, su *base oggettiva*, del modificarsi della situazione nel tempo  $T_1$ . Di questa base oggettiva ha bisogno anche l'Icf per posizionare le classificazioni dei domini e delle categorie ai diversi livelli di salute che interessano il progetto. Per farlo, come si è detto, è necessario *operativizzare* il problema e la descrizione della situazione riferita ai tre settori (cognitivo comportamentale, funzionale e organico e socio-ambientale e relazionale) tramite l'individuazione di fattori osservabili validi, affidabili e misurabili e tramite la somministrazione di *test* di misurazione validati o da validare.

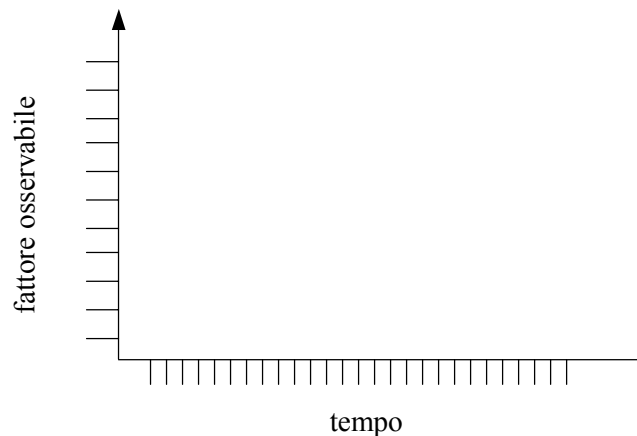
Se il problema e la descrizione dei bisogni sono delle costruzioni astratte, dei concetti finalizzati a interpretare la condizione della persona, i fattori osservabili sono manifestazioni delle dimensioni dei concetti oggettivamente riscontrabili: sono *validi* quando sono pertinenti al concetto descritto, *affidabili* quando osservatori diversi e indipendenti concordano su quanto osservano, anche in tempi diversi, *misurabili* quando possono essere quantificati tramite l'uso delle scale di misurazione. È importante che i fattori osservabili e i *test* possano misurare condizioni fra loro interrelate in modo che i risultati ottenuti per una possano essere confermati dai risultati raggiunti per altre. L'individuazione dei fattori osservabili, risponde a esi-



genze metodologiche, ma, rispetto ai *test*, rende disponibile un ulteriore elemento di personalizzazione del progetto perché i fattori sono scelti di volta in volta in base alla specifica condizione della persona obbligando a pensarla e ad osservarla nella sua specifica e peculiare concretezza.

La misurazione può essere documentata dal *tracciato di base* (Ongaro F., 2000). È una rappresentazione cartesiana (figura 8) che prevede sull'ordinata il fattore osservabile e la sua *misurazione* utilizzando la scala più utile a rappresentarlo, e sull'ascissa il *tempo* della misurazione.

Fig. 8 - Tracciato di base



Il tempo può essere espresso in *ore della giornata* (ad esempio può essere necessario misurare la variabile più volte nello stesso giorno), *giorni della settimana* (quando ad esempio è necessario misurare la variabile in particolari giorni della settimana, o tutti i giorni, o a giorni alterni), *giorni del mese* (ad esempio può essere necessario misurare la variabile i primi giorni del mese o ogni 15 giorni per vari mesi).

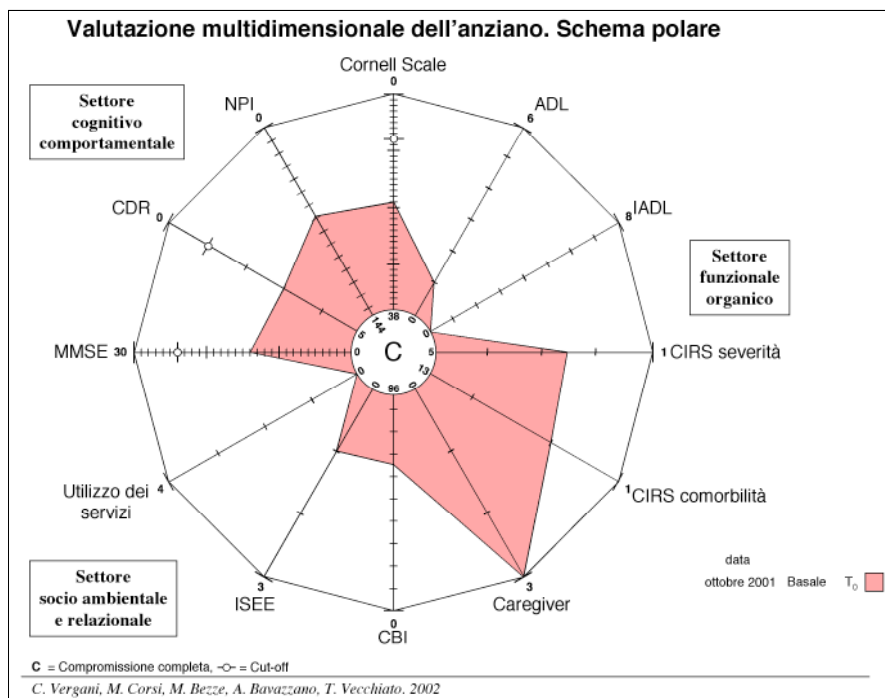
Per la misurazione dei domini e delle categorie ai diversi livelli di salute individuati, si utilizzano anche *test* validati (o da validare) scegliendo i più funzionali al progetto, fra quelli descritti in letteratura, riferibili ai diversi ambiti e aree d'intervento.

È possibile costruire una rappresentazione complessiva delle misurazioni utilizzando lo «schema polare» (Vecchiato T. e altri, 2002)<sup>9</sup>. È una

<sup>9</sup> Lo strumento è stato messo a punto e utilizzato nell'ambito della Ricerca sanitaria 2000, Ministero della Sanità, Regione Toscana, «*Interventi per malati di Alzheimer da includere*

soluzione finalizzata a promuovere l'integrazione professionale (Diomede Canevini M., Vecchiato T., 2002), la gestione dei problemi inerenti la valutazione multiprofessionale del bisogno e la valutazione dei risultati di efficacia (Vecchiato T., 2000; 2001). Lo schema polare (figura 9) è da preferire, rispetto ai modi usuali, per riportare i risultati delle misurazioni utili alla verifica della situazione al tempo  $T_0$ , perché li rende immediatamente decifrabili anche ai soggetti non professionali che si assumono responsabilità rispetto al problema della persona. Infatti questa rappresentazione mette intuitivamente in relazione ogni singola misurazione con le altre in riferimento ai tre settori.

Fig. 9 - Lo schema polare al tempo  $T_0$



Da «Studi Zancan» n. 5/2002.

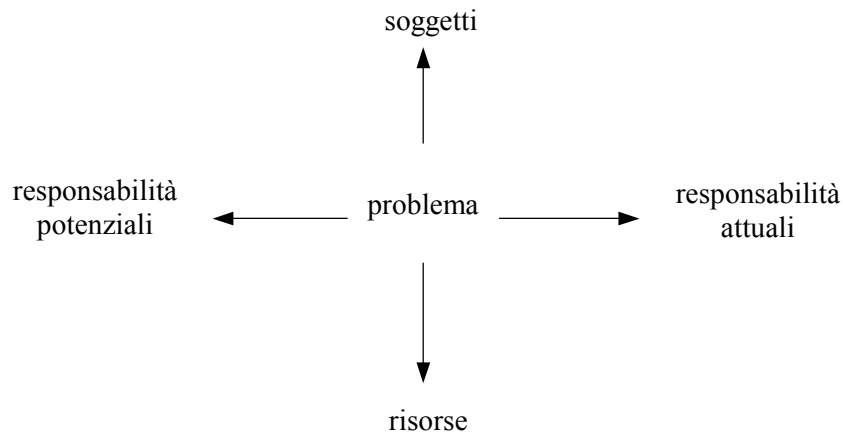
nei livelli essenziali di assistenza sociosanitaria». La ricerca, attualmente in corso, riguarda una sperimentazione per l'applicazione dell'art. 12 bis, comma 6, d.lgs 502/92. Coordinata dalla Fondazione E. Zancan, vi partecipano unità operative di aziende Usl e comuni delle regioni Toscana (Firenze, Lucca, Prato, Viareggio), Emilia Romagna (Bologna Sud, Parma), Friuli Venezia Giulia (Gorizia, Trieste), Provincia autonoma di Trento (Trento), Veneto (Padova).

Come si vede, lo schema polare è suddiviso nei tre settori cognitivo comportamentale, funzionale organico, socio-ambientale relazionale. In ognuna delle tre aree vengono raffigurati i risultati dei *test* e dei tracciati di base su raggi i cui indici corrispondono alle scale di misurazione. Il punteggio ottimale è collocato alla periferia dello schema, mentre quello peggiore è al centro. Unendo i diversi punteggi ottenuti si ottiene, anche visivamente, la situazione della persona nel tempo  $T_0$ . Come vedremo più avanti, questo sistema rende evidente come si è evoluta la situazione nel tempo  $T_1$ , dopo l'effettuazione degli interventi, e rende costruttiva la partecipazione della persona e della sua famiglia alla valutazione del progetto.

#### *La valutazione delle responsabilità*

In concomitanza con la definizione del problema vengono individuati i soggetti e le «risorse», professionali e non professionali (figura 10), che si assumono responsabilità rispetto al problema (Vecchiato T., 2000).

Fig. 10 - Mappa dei soggetti e delle risorse che si assumono responsabilità rispetto al problema

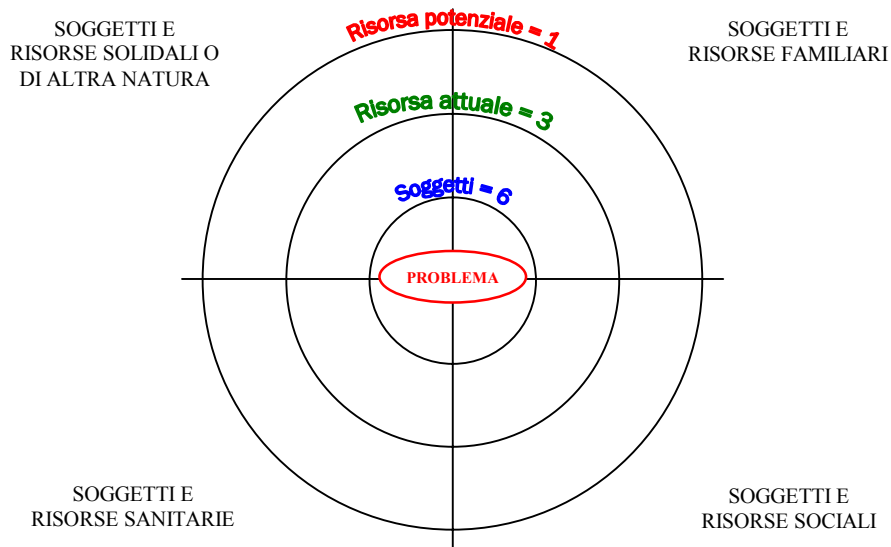


È *soggetto* chi si assume responsabilità sia di natura programmatica che operativa, è *risorsa* chi limita la sua partecipazione alla fase operativa. Le risorse così intese accettano che i soggetti definiscano il progetto e di essere un loro strumento operativo. Il soggetto o la risorsa sono *attuali* quando si assumono responsabilità e sono coinvolti rispetto al problema,

sono *potenziali* quando non sono ancora disponibili a farlo, ma lo potrebbero fare in un futuro prossimo. Tanto più i soggetti e le risorse (potenziali o attuali) vengono posizionati in prossimità del problema, tanto più sono coinvolti (o coinvolgibili) nell'assunzione di responsabilità rispetto ad esso. La mappa dei soggetti e delle risorse permette di evidenziare se sono presenti le condizioni per una presa in carico del problema integrata e partecipata al tempo  $T_0$  e di verificare, con un attento monitoraggio delle presenze nelle fasi successive, quanto questa perduri, si attenui o aumenti. Questo consente la valutazione del sistema delle responsabilità al tempo  $T_1$ .

Nel quadro della ricerca citata «Interventi per malati di Alzheimer da includere nei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria»<sup>10</sup>, è stata messa a punto, ed è in via di sperimentazione, una «Scala di protezione domiciliare» (Vecchiato T. e altri, 2002) di immediata derivazione dalla mappa dei soggetti e delle risorse (figura 11).

Fig. 11 - Scala di protezione sociale domiciliare



Indipendentemente dalla loro natura (familiare, solidale, sanitaria, sociale), a ogni soggetto vengono attribuiti 6 punti (cerchio di primo livello centrale), a ogni risorsa 3 punti (cerchio di secondo livello), a ogni risorsa

<sup>10</sup> Si veda la nota 9 a p. 115.

potenziale un punto (cerchio di terzo livello esterno) fino a un massimo di 30 punti. Le risorse potenziali vengono conteggiate solo se c'è un programma per renderle attuali entro i confini temporali del progetto.

Questa scala di protezione domiciliare permette di connettere obiettivi e interventi al grado di protezione sociale e di apprezzare quanto dipendano dalle modalità con le quali si caratterizza il processo d'aiuto. Un attento monitoraggio permetterà di verificare se il grado di protezione al tempo  $T_0$  si modifica durante il tempo di durata del progetto.

#### *Gli obiettivi e i risultati attesi*

Per ogni problema ipotizzato (generale o specifico) che s'intenda affrontare viene definito un corrispondente obiettivo. Meglio il problema è dettagliato e circostanziato, più sarà puntuale l'individuazione dell'obiettivo. Come abbiamo visto, nel definire l'ipotesi del problema si tiene conto delle incapacità e delle aree critiche della persona e della famiglia, ma anche delle loro competenze e capacità, degli aspetti positivi, delle cose che funzionano.

Gli obiettivi possono essere di miglioramento, mantenimento e rallentamento. Si parla di *miglioramento* quando l'obiettivo è risolvere in tutto o in parte un bisogno, una malattia o una condizione invalidante che limita l'autonomia e la realizzazione del progetto di vita della persona. Si parla di *mantenimento* quando l'obiettivo è stabilizzare la condizione della persona riconoscendo che un mancato intervento l'aggraverebbe. Si parla di *rallentamento* quando il processo d'aiuto si propone di diminuire, ad esempio, una tendenza alla perdita delle capacità e delle autonomie. Obiettivi di miglioramento e di mantenimento devono essere previsti anche per mantenere, potenziare e sviluppare le capacità e le competenze della persona.

Se il progetto prevede un problema generale e più problemi specifici, per ognuno di questi deve essere precisato un corrispondente obiettivo. La definizione degli obiettivi deve essere compiuta con la condivisione dei soggetti che si assumono responsabilità rispetto al problema. La scelta degli obiettivi deve tenere conto delle risorse esistenti sia umane che economiche e strumentali.

Gli obiettivi, per permettere la verifica, vanno operativizzati in *risultati attesi*. Si tratta di vedere a priori come devono evolvere le misurazioni del problema alla conclusione del progetto al tempo  $T_1$ , rispetto a quelle fatte al tempo  $T_0$  prima degli interventi: i risultati attesi saranno di miglio-

ramento se la condizione si prevede possa evolvere in senso positivo, di mantenimento se gli obiettivi sono di renderla stabile, di rallentamento se si cercherà di diminuire l'andamento della perdita di salute.

Possono essere previste una o più verifiche *in itinere*, specie se il progetto è di media o lunga durata o in relazione alla complessità del bisogno<sup>11</sup>. In questi casi, vanno resi operativi i valori attesi alle date previste per le verifiche.

### *La valutazione del piano operativo*

La tutela dei diritti, l'ipotesi del problema, l'individuazione degli obiettivi, sono segmenti di un'unica struttura cognitiva che prefigura l'azione. Decidere cosa fare significa orientare l'azione rifiutando logiche ispirate solo dal buon senso o da percorsi costruiti per tentativi ed errori o da automatismi tipo «se ... allora» o causa/effetto. È necessario attivare, invece, una strategia che parta dalla specificità della persona e dei suoi problemi e da un'attenta e non neutrale analisi di fattibilità che contemperi l'efficacia con l'efficienza. La scelta degli interventi è spesso condizionata dal sistema d'offerta nel cui contesto si sta operando: non si deve rinunciare a evidenziarne le eventuali carenze per avviare percorsi che permettano una migliore e più ampia risposta ai bisogni. Gli interventi vanno scelti, in ogni caso, badando che siano *pertinenti* al problema e ai bisogni della persona, che siano adatti ai suoi valori, alle sue concezioni e desideri e, infine, che siano *adeguati* alle capacità di chi li deve eseguire per assicurare un'ottimale attuazione tecnica e relazionale.

La programmazione del piano operativo (Po) consiste nel decidere gli interventi e le azioni che il gruppo di progetto ritiene di attuare per raggiungere gli obiettivi del progetto, cioè nella definizione di *chi fa, che cosa, quando, in quanto tempo e con quali specifiche modalità di attuazione*.

Decidere *cosa fare* per risolvere il problema, non è semplicemente mettere in fila, secondo logiche professionali separate, prestazioni con le quali ci si propone di mantenere, migliorare (o rallentare) la condizione di disagio della persona. Questo modo di operare porterebbe gli operatori a lavorare in maniera disgiunta e specialistica lasciando alla persona il carico di portare a unità i vari interventi.

---

<sup>11</sup> Complesso può essere anche un bisogno di area sociale, se comporta l'intervento di operatori di diversa professionalità: assistente sociale, psicologo, educatore, operatore socio assistenziale...

La programmazione del piano operativo va svolta in modo integrato e partecipato così che ogni specifico intervento vada oltre le necessità, pure importanti, di un mero coordinamento. Ogni azione deve essere in armonia con tutte le altre per dare unitarietà anche alla fase operativa del processo d'aiuto. Se il piano operativo è impostato in questa ottica, la sua programmazione non sarà un elenco di tanti singoli interventi ma un tutto unitario il cui risultato andrà oltre alla somma aritmetica di ogni singola azione.

Lo stesso risultato spesso è ottenibile con diverse tipologie e modalità d'interventi: è necessario che le diverse opzioni siano presentate alla persona per permetterle di scegliere quella che più gradisce e si adatta alle sue abitudini e stili di vita. Il buon fine di un progetto, a volte, dipende dall'esercizio di questa possibilità. Nel piano operativo tutti coloro che si sono assunti responsabilità rispetto al problema, devono essere utilizzati, ognuno con la propria specificità e identità. La convergenza delle diversità professionali e di ruolo verso un obiettivo comune è facilitata se, ogni membro del gruppo di progetto, condivide o, quanto meno, conosce il linguaggio, i metodi di lavoro, le specificità degli altri e se queste differenze sono finalizzate per realizzare cooperazione, complementarietà e appartenenza.

Quando il piano operativo è stato attuato così come era stato programmato, risponde al criterio di *integrità* (Blythe B. J. e altri, 1993). Verificare il piano operativo secondo il criterio dell'integrità, significa controllarne la coerenza, la validità degli interventi e l'affidabilità della loro esecuzione. Il grado d'integrità raggiunto può essere verificato se sono state previste *linee guida* che orientino il lavoro professionale degli operatori e se sono state definite *procedure* per lo svolgimento di determinate attività<sup>12</sup>. Questo rende possibile il controllo della qualità anche alla persona, alla famiglia e ai soggetti non professionali interessati al buon andamento del progetto.

La verifica del piano operativo è tanto più facilitata quanto più esso è stato programmato con precisione in ogni suo elemento e la fase di esecuzione è stata attentamente monitorata durante il processo. L'osservazione, sulla base della quale viene operato il monitoraggio, deve essere sistematica e sostenuta dalla semplicità degli strumenti messi a disposizione come, ad esempio, l'utilizzo di scale nominali. Nel monitoraggio è sconsigliato l'uso

---

<sup>12</sup> A differenza delle procedure, che sono prescrittive, le linee guida sono raccomandazioni e come tali vanno applicate al caso specifico con intelligenza e, se necessario, con motivata e documentata flessibilità.

della scala ordinale per la difficoltà di trovare omogeneità di giudizio nell'attribuzione dei punteggi.

Il monitoraggio può essere snellito scegliendo di monitorare solo gli interventi ritenuti determinanti ed essenziali per raggiungere l'esito. Le verifiche intermedie permettono di correggere tempestivamente gli errori e di precisare meglio, se necessario, le modalità di esecuzione.

Un piano operativo fallisce quando non viene realizzato come era stato programmato. Un'attenta e puntuale documentazione dei motivi che ne hanno determinato il fallimento favorisce l'apprendimento dall'esperienza perché gli stessi errori possano essere evitati in un'altra occasione. Se il piano operativo va in parte corretto, si deve valutare se il progetto può essere riconfermato o se è necessario un suo cambiamento, eventualmente limitato ai soli obiettivi.

Monitorare e documentare con attenzione l'esecuzione degli interventi permette, in fase di valutazione di esito, di mettere in relazione gli interventi con i risultati positivi ottenuti e di individuarne l'eventuale appropriatezza per avviare la costruzione di linee guida; linee guida, basate su prove di efficacia, in grado di aiutare gli utenti e gli operatori nella scelta di percorsi operativi utili a ottenere i risultati previsti.

#### *La valutazione di esito*

Alla data fissata per la cessazione del progetto, si considera la condizione della persona utilizzando gli stessi domini e le stesse categorie, ai diversi livelli di salute, per ognuno dei tre settori - il cognitivo comportamentale, il funzionale e organico e il socio-ambientale e relazionale - considerati al tempo  $T_0$ , e si operativizzano con gli stessi metodi e strumenti usati in quella fase.

In altre parole, si compiono al tempo  $T_1$  gli stessi passaggi utili per definire il problema. Impiegando tutte le informazioni raccolte fino a quel momento, si avviano gli adempimenti prescritti all'art. 4, comma 3 dell'*Atto di indirizzo e coordinamento relativo alla integrazione sociosanitaria* del 14 febbraio 2001, dove si afferma che «per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie ... l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso ... la valutazione periodica dei risultati ottenuti».

Anche in questa fase l'*assessment*, si compone di due fasi: una di verifica e l'altra di valutazione. La verifica è data dal rapporto fra i risultati ot-



tenuti rispetto a quelli attesi e può essere espressa anche tramite il quoziente di realizzazione che esprime il grado di attuazione dei risultati attesi (figura 12).

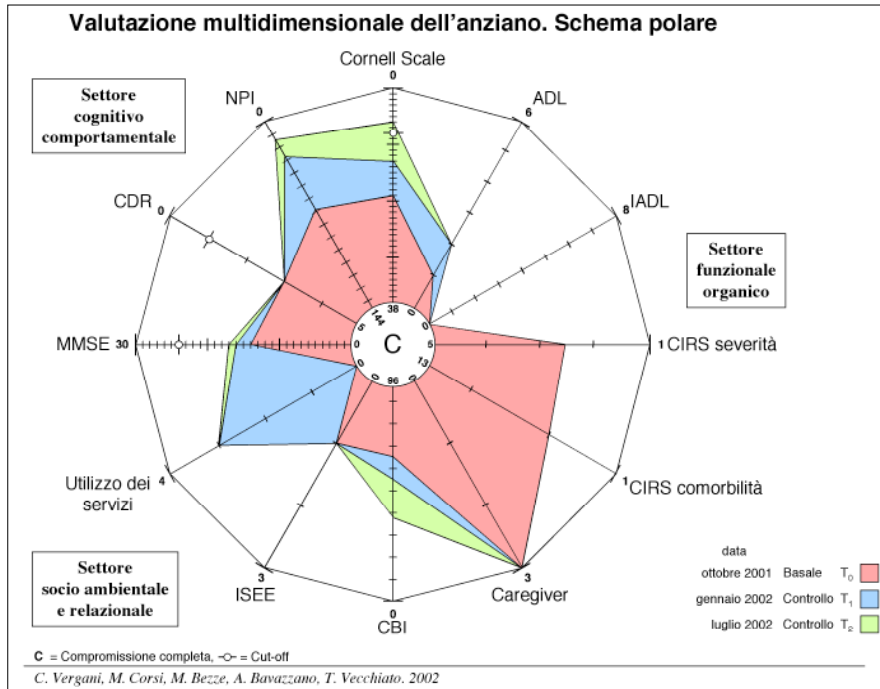
Fig. 12 - Quoziente di realizzazione

$$\text{Quoziente} = \frac{\text{outcome ottenuto}}{\text{outcome atteso}} \%$$

Tenuto conto dei diversi quozienti realizzati, è possibile passare alla valutazione del progetto, attribuendo loro significato e valore.

La rappresentazione dei risultati attraverso lo schema polare, come si è detto, ne favorisce la comprensione, non solo agli operatori, ma soprattutto alla persona, alla famiglia e ai soggetti non professionali. Infatti (figura 13), con questo metodo, vengono evidenziati spazialmente gli esiti ottenuti nel tempo  $T_1$  e  $T_2$  facilitando, anche visivamente, non solo la comprensione dei risultati ottenuti ma anche la successiva valutazione (Vecchiato T. e altri, 2002). Diventano di immediata lettura le possibili interazioni fra i diversi interventi, indipendentemente dalla loro natura. Lo schema polare portato ad esempio riguarda un progetto di aiuto a una persona anziana che ha migliorato la sua condizione nei settori cognitivo-comportamentale e funzionale-organico, a seguito di interventi di supporto soprattutto nel settore socio-ambientale e relazionale.

Fig. 13 - Schema polare in T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>.



Da «Studi Zancan» n. 5/2002.

Non sempre a una verifica positiva automaticamente corrisponde una valutazione altrettanto positiva, e viceversa. Ma certamente la verifica di un cambiamento nel senso desiderato, è un buon punto di partenza per affermare che si è proceduto verso l'esito desiderato.

Un progetto potrebbe dare risultati che vanno oltre le aspettative e aprire prospettive per una più efficiente gestione di situazioni analoghe. Oppure potrebbe dare esiti non previsti, ma positivi per la persona: dalla loro analisi, più che dai progetti che danno esiti negativi, è possibile individuare percorsi innovativi.

Alla fine del progetto, sulla base della valutazione d'esito, il gruppo di progetto decide se il processo d'aiuto può dirsi concluso perché è stato risolto il problema, nel qual caso, si avvia un percorso di dimissioni della persona dal servizio.

Il problema però potrebbe persistere. In questo caso, la descrizione e l'operativizzazione della situazione, utilizzate per la valutazione d'esito del

precedente progetto, possono costituire l'*assessment* nel tempo  $T_0$  del nuovo percorso. Se gli obiettivi sono di mantenimento spesso è sufficiente confermare il piano operativo, in altri casi vanno ripercorse tutte le fasi della progettazione.

La descrizione e l'operativizzazione della situazione, utilizzate per la valutazione d'esito del progetto appena concluso, potrebbero essere utilizzate anche nel caso in cui il problema si fosse evoluto e fosse stato necessario ipotizzare un nuovo progetto o la persona presentasse una nuova richiesta. Ferma restando la competenza del servizio, in questi casi, il gruppo di progetto deve decidere se, al fine dell'impostazione del nuovo progetto, siano sufficienti le informazioni assunte e se la valutazione multidimensionale abbia necessità di essere integrata con l'individuazione di altri fattori osservabili e *test*.

#### *Le verifiche in itinere*

Come abbiamo visto, la verifica degli obiettivi consiste nel controllare, alla fine del progetto, se i risultati a suo tempo individuati corrispondano in tutto o in parte ai risultati ottenuti. Quando si lavora con la persona e la sua famiglia, al termine del progetto, si devono ottenere solo risultati corrispondenti a quelli attesi. Infatti possibili risultati diversi rispetto alle attese devono essere evidenziati prima della conclusione e far rivedere tempestivamente l'intera progettazione o alcune sue fasi. Questo è dovuto prima ancora che per necessità metodologica, per una questione etica: si lavora in funzione della persona e non del progetto. Per questo vanno definite una o più verifiche intermedie. Alla data stabilita, utilizzando gli stessi fattori osservabili e gli stessi strumenti e modalità di misurazione usati per determinare la situazione al tempo  $T_0$ , si controlla se il quoziente di realizzazione è accettabile. In caso negativo, il gruppo di progetto deve compiere la valutazione dei risultati fino a quel momento raggiunti, per capire cosa non stia funzionando o cosa si sia modificato lungo il percorso in modo tale da pregiudicare il buon esito del progetto.

Una causa potrebbe riguardare la scelta dei fattori osservabili o dei *test*: potrebbero risultare poco sensibili a misurare il cambiamento desiderato. Un'altra causa potrebbe riguardare un'insufficiente integrità di esecuzione del piano operativo: possono essere venute a mancare delle risorse, oppure gli interventi non sono stati eseguiti con le qualità richieste o, alla prova dei fatti, possono risultare non graditi alla persona o poco funzionali.

Gli obiettivi perseguiti potrebbero rivelarsi troppo ambiziosi o i risultati potrebbero essere sovradimensionati.

In tutti questi casi, esclusa la possibilità di continuare il progetto così come era stato previsto, si deve decidere se modificarlo o concluderlo. Potrà essere modificato se le correzioni da apportarvi non mettono in discussione le scelte di fondo che lo sottendono: è accettabile che il Piano operativo sia in parte modificato in corso d'opera, o che siano meglio precisati gli obiettivi, o che possano essere cambiati i fattori osservabili o gli strumenti di misurazione. Dovrà essere concluso se si rileva insufficiente o errata la definizione dell'ipotesi del problema, se la persona e la famiglia non lo condividono più, se le condizioni di salute e i bisogni della persona sono nel frattempo cambiati: in questi casi è necessario rivedere l'intero progetto e riformularlo a partire dalla definizione dei bisogni e del problema, utilizzando tutte le informazioni acquisite nel frattempo e soprattutto quelle derivanti dall'esperienza appena conclusa.

#### *La valutazione della qualità del processo d'aiuto*

Una puntuale documentazione del progetto permette di valutare la qualità del processo d'aiuto. Se ne parlerà limitatamente agli aspetti che riguardano la tutela dei diritti di cui si è parlato all'inizio.

La valutazione della qualità del processo d'aiuto è il rapporto fra la qualità ottenuta e la qualità attesa e perciò più è alta la qualità raggiunta, più è alta la tutela esercitata. Il risultato complessivo è anche il prodotto della capacità del gruppo di progetto di lavorare come tale, in maniera integrata e cooperativa, e non come singoli che coordinano le rispettive competenze ed azioni. Anche questa capacità, perché possa essere valutata, richiede di riguardare le modalità di lavoro, con linee guida che orientino la relazione fra i componenti del gruppo di progetto e, in particolare, fra i componenti professionali e quelli «informali».

Un elemento di tutela è la capacità del progetto di apprezzare le differenze individuali e di personalizzare il processo d'aiuto. Perché questo possa essere valutato, vanno precisate le modalità di registrazione della domanda, così come la esprime la persona, e la puntuale raccolta delle informazioni relative alla storia della persona e della sua famiglia. Vanno inoltre precisate linee guida che indirizzino verso una corretta definizione del problema al tempo  $T_0$ , la definizione del piano operativo, l'analisi della situazione alla fine del progetto al tempo  $T_1$ , e la valutazione di *outcome*.

La presa in carico della globalità della persona viene assicurata dalla composizione del gruppo di progetto che, se il bisogno è complesso, di natura sociosanitaria, deve vedere operare in modo integrato operatori di area sanitaria e sociale e, se di natura sociale, deve essere composto da operatori sociali di diversa professionalità. Per tale ragione è opportuno che siano previste le fasi che devono essere espletate in modo integrato dal gruppo di progetto, differenziandole dalle altre che individuano responsabilità di esecuzione in capo a singoli professionisti. Alle prime afferiscono la definizione dell'ipotesi del problema, la definizione degli obiettivi e dei risultati attesi, la programmazione del piano operativo, la verifica e la valutazione di *output* e di *outcome*.

La partecipazione dei soggetti della comunità può attuarsi se vengono indicate modalità per individuare, prima, e definire, poi, le diverse responsabilità in gioco e per definire in che modo e rispetto a che cosa essi possano esercitare impegni solidaristici salvaguardando il principio di sussidiarietà. A tal fine vanno stese linee guida che orientino le modalità per costruire la mappa dei soggetti e delle risorse per definire le loro responsabilità nel processo d'aiuto.

Si è accennato al fatto che la verifica sulla corretta attuazione delle diverse linee guida possa essere effettuata confrontando le modalità di esecuzione con le linee operative ideali. Questo è un primo strumento, ma non è sufficiente. È anche necessario individuare fattori osservabili che permettano di analizzare con più precisione ed esattezza i percorsi, per mettere sotto attento controllo i passaggi e gli aspetti più importanti e significativi per la comprensione del grado di tutela realizzato.

Riconoscere capacità e competenze alla persona e alla famiglia le pre-dispone non solo a partecipare alle soluzioni che vengono assunte, nelle diverse fasi in cui si articola il processo d'aiuto, ma anche alla stesura di un contratto, con il servizio, di condivisione delle soluzioni adottate. La condivisione del contratto va oltre l'adesione al trattamento perché il processo d'aiuto specifica anche come accompagnare, sostenere e promuovere le capacità della persona e della famiglia perché si riappropriano del loro progetto di vita e possano, un giorno, fare da sole, essere di nuovo autonome. Nel caso questo non fosse possibile, a causa della natura del problema, il contratto deve permettere comunque di rafforzare la loro identità e indipendenza nella relazione con gli operatori.

Il contratto, pur non essendo un elemento costitutivo del lavoro per progetti, è senz'altro un elemento di qualità del processo d'aiuto perché se-

gna profondamente il rapporto fra gli operatori e la persona e riduce in parte le asimmetrie che caratterizzano la loro relazione.

Se la persona e la sua famiglia hanno partecipato alle diverse fasi della progettazione, il contratto diventa una formalità perché è già avvenuta la condivisione del problema, degli obiettivi, degli strumenti, dei soggetti e delle risorse per raggiungerli, del momento e della durata dell'intervento, tenendo conto dei vincoli, delle possibilità organizzative e di come valutare i risultati raggiunti.

Non sempre però la persona e la famiglia possono essere coinvolte: vanno perciò individuati gli elementi costitutivi del contratto e linee guida che definiscano come devono essere esercitate le responsabilità dei servizi e degli operatori, ma anche quelle della persona e della famiglia. In questi casi, vanno fissate le modalità con le quali stendere il contratto, in modo tale che la sua approvazione non si riduca a un mero atto burocratico.

In determinati ambiti di lavoro (dipendenze, salute mentale, famiglie multiproblematiche...) è a volte impossibile la stesura di un contratto condiviso con la persona e la famiglia. In questi casi vanno indicati i motivi della mancata condivisione, gli ambiti specifici per i quali esiste disaccordo, le strategie e il tempo previsto per il suo superamento.

## CONCLUSIONE

Nella figura 14 vengono presentati i vari processi valutativi da realizzare nelle fasi della progettazione per permettere la valutazione di *outcome*. Il processo di valutazione, come abbiamo visto, inizia ancora prima dell'intervento, quando vengono definiti i valori di riferimento e il grado di tutela che s'intende assicurare. Tutta la fase che precede la fase operativa dell'intervento strettamente inteso è complessa, lunga e articolata (lo si può notare anche visivamente guardando la figura) e deve essere pensata anche in funzione della valutazione per poter applicare il disegno di ricerca non sperimentale «prima-dopo».

È infatti prima del piano operativo che, fatta l'analisi della domanda, viene definita l'ipotesi del problema, non solo da un punto di vista qualitativo ma anche quantitativo, descrivendo e misurando la condizione al tempo  $T_0$ .

Individuati i soggetti che si assumono responsabilità rispetto al problema, vengono successivamente definiti gli obiettivi e i risultati che il