



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRENTO

Dipartimento di Sociologia
e Ricerca Sociale

Corso di Laurea triennale in
Servizio Sociale

*Gli strumenti della valutazione nel Servizio Sociale
Valutare nelle Residenze Sanitarie Assistenziali, il Marchio Qualità&Benessere*

Dott. Luca Fazzi

Sara Zampiccoli

anno accademico 2017/2018

INDICE

Introduzione	2
Capitolo primo	
LA VALUTAZIONE NEL SERVIZIO SOCIALE	
1.1 Perché valutare nel servizio sociale.....	4
1.2 La valutazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali.....	7
Capitolo secondo	
GLI STRUMENTI DELLA VALUTAZIONE NEL SERVIZIO SOCIALE	
2.1 La valutazione quantitativa e qualitativa.....	10
2.2 Strumenti della valutazione.....	14
2.2.1 Il focus group.....	16
2.3 Riflessività, autovalutazione e valutazione partecipata.....	18
Capitolo terzo	
IL MARCHIO QUALITA' & BENESSERE COME STRUMENTO DI VALUTAZIONE	
3.1 I valori del Marchio Qualità&Benessere.....	22
3.3 Il percorso dello strumento di valutazione Marchio Q&B.....	25
3.4 Sperimentazione di valutazione utilizzando il Marchio Q&B.....	28
Conclusioni	36
Ringraziamenti.....	39
Bibliografia.....	40

INTRODUZIONE

Il mio elaborato finale parlerà della valutazione nel servizio sociale con particolare attenzione alla valutazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali.

Ho scelto di portare questo tema perché fa parte della mia quotidianità professionale come operatore socio sanitario. Ho iniziato a lavorare in casa di riposo nel 2008, quando il tema della qualità ancora non era così presente come oggi. Negli anni ho potuto vedere come la valutazione della qualità è diventata fondamentale nel lavoro. Per questo motivo ho deciso di mettermi in gioco da un diverso punto di vista, da valutato a valutatore. Come operatore socio sanitario si è sempre sotto esame per riuscire a mantenere gli standard richiesti dalle aziende, ma come valutatore della qualità si nota l'importanza che questo lavoro ha per gli ospiti delle Residenze Sanitarie Assistenziali. Spesso gli operatori non si rendono conto che poter dimostrare la qualità del servizio che viene "erogato" è un vantaggio che qualifica la professionalità dell'equipe che ne fa parte.

Ho voluto sviluppare il punto di vista di un'assistente sociale all'interno di un servizio che conosco da una differente prospettiva, mettendomi in gioco attraverso l'uso del Marchio Qualità & Benessere utilizzato dalla Azienda Pubblica di Servizi alla Persona Margherita Grazioli di Povo.

Sulla base di queste premesse ho scelto di sviluppare il mio elaborato finale parlando nel primo capitolo della valutazione nel servizio sociale, cercando le motivazioni che hanno portato a rendere la valutazione fondamentale per il servizio sociale e specificando le modalità con cui viene applicata all'interno delle Residenze Sanitarie Assistenziali.

Nel secondo capitolo ho voluto esporre gli strumenti della valutazione utilizzati nel servizio sociale, ponendo attenzione agli approcci quantitativi e qualitativi, per

esporre i diversi strumenti della valutazione in particolare al focus group. Infine, ho voluto porre attenzione alla riflessività come elemento fondamentale per la valutazione, cercando di esplorare nuovi metodi di valutazione quali l'autovalutazione e la valutazione partecipata.

Nel terzo capitolo ho presentato il Marchio Qualità & Benessere come strumento di valutazione per le Residenze Sanitarie Assistenziali, partendo dai valori di riferimento che guidano il Marchio Q&B, descrivendo la metodologia utilizzata per la valutazione dei differenti fattori, fino ad addentrarmi nell'analisi di un indicatore del Marchio Q&B in collaborazione con l'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona (in seguito APSP) Margherita Grazioli di Povo.

LA VALUTAZIONE NEL SERVIZIO SOCIALE

1.1 Perché valutare nel Servizio Sociale

Prima di addentrarmi nella mia tesi vorrei soffermarmi sui motivi che hanno reso fondamentale nel servizio sociale la valutazione. Cosa ha spinto il mondo delle scienze sociali a riflettere su questa tema e perché è diventato parte integrante del lavoro dell'assistente sociale?

La riflessione sulla valutazione all'interno del servizio sociale parte dagli anni settanta, in seguito ad un periodo caratterizzato dal benessere, dalla prosperità e dalla giustizia sociale, dovuto ad una forte crescita economica in America ed in Europa. Questo ha permesso lo sviluppo di un welfare state caratterizzato da una visione utopistica, che non teneva conto della quantità di risorse economiche messe in campo e delle possibili conseguenze. Si inizia a parlare di crisi del welfare, con conseguente riconoscimento della necessità di rendere valutabili gli output, e di iniziare a ragionare su meccanismi di efficacia ed efficienza. Gli anni ottanta vedono la perdita del dinamismo del welfare state con un periodo caratterizzato da continue riforme e tagli nel settore pubblico¹. Un esempio concreto sono le modifiche in ambito sanitario, a partire dagli anni novanta, in particolare, con il D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 "Riordino della disciplina in materia Sanitaria" e successive modifiche e integrazioni. Da questo momento inizia un percorso di profondo cambiamento nel Servizio Sanitario Nazionale (in seguito SSN), tra cui l'aziendalizzazione delle Unità Sanitarie Locali, che si trasformano in Aziende Sanitarie Locali e in Aziende Ospedaliere. Questo comporta l'ingresso in sanità di logiche aziendali attente a meccanismi di Efficienza, che "si realizza quando la

¹ CAMPANINI A. (2006), *La valutazione nel servizio sociale, Proposte e strumenti per la qualità dell'intervento professionale*, p. 19 - 21.

*produzione di una determinata quantità di output è ottenuta con il minor impiego possibile di input*², e di Efficacia, cioè *“la capacità di un intervento di raggiungere gli scopi prefissati in termini di miglioramento dello stato di salute”*³. Il rischio di questa ideologia aziendale è una sterilizzazione delle cure, che diventano prodotti della medicina, facendo sì che il SSN presti più attenzione alla malattia che al malato. Ad oggi la valutazione ha la potenzialità di diventare elemento di contrasto a queste nuove logiche aziendali, come esprime Campanini *“nel periodo che va dagli anni Novanta ad oggi, si continuano ad approfondire le difficoltà conseguenti alla crisi di un welfare istituzionale, improntato all’universalismo, si predispongono progetti volti a stabilire criteri e metodi che consentono di valutare i risultati monitorando, in particolare, l’efficienza amministrativa, la produttività dei servizi e la loro capacità di mettere l’utente al centro dei processi di aiuto. Sulla scena sociale si affacciano nuovi problemi, con il passaggio ad una società postindustriale si ipotizzano nuovi modelli di sviluppo sociale, il tema della complessità diviene il leitmotiv in diversi campi di studio. Diversi attori devono essere messi in grado di dialogare tra loro e la valutazione si fa meno oggettiva e più partecipata. I tagli della spesa pubblica e la logica di aziendalizzazione richiedono un’attenzione costante alla qualità affinché non prevalgano criteri puramente economici che possano mettere in secondo piano le ragioni etiche e professionali.”*⁴ Per questi motivi la valutazione deve essere vista come elemento che dà valore alla professione e che riesce a riconoscerne ciò che funziona e ciò che non funziona. Lo scopo è di far emergere punti di forza e di debolezza presenti nei servizi sociali, permettendo ai meccanismi di efficacia ed efficienza di svilupparsi nel rispetto di un codice etico presente nella professione

² MACIOCCO G., COMODO N. (2011), *Igiene e sanità pubblica. Manuale per le professioni sanitarie*, p.82

³ MACIOCCO G., COMODO N. (2011), *Igiene e sanità pubblica. Manuale per le professioni sanitarie*, p.83

⁴ CAMPANINI A. (2006), *La valutazione nel servizio sociale, Proposte e strumenti per la qualità dell’intervento professionale*, p. 22.

sociale, cercando di offrire servizi di qualità ai cittadini e sviluppare logiche aziendali che tengano conto dei diversi elementi etici ed economici.

Il dizionario Treccani definisce la valutazione come: *“Determinazione del valore di cose e fatti di cui si debba tenere conto ai fini di un giudizio o di una decisione, di una classifica o graduatoria”*. Riflettendo su questa definizione troviamo parole quali giudizio e valore, giudicare il lavoro svolto e dare a quest’ultimo un valore, questo è lo scopo della valutazione, valorizzare la professionalità delle persone e degli enti valutati. Lo scopo è rendere visibile il lavoro svolto dimostrandone la validità e riconoscendone i punti deboli, permettendo alle strutture ed ai professionisti di realizzare servizi sempre più attenti ai cittadini/utenti e ai loro bisogni. *“Valutare significa analizzare se un’azione intrapresa per uno scopo corrispondente ad un interesse collettivo abbia ottenuto gli effetti desiderati o altri, ed esprimere un giudizio sullo scarto che normalmente si verifica, per proporre eventuali modifiche che tengono conto delle potenzialità manifestatesi”*⁵. Stame mostra come la valutazione nel Servizio Sociale diventa interesse collettivo, allo scopo di dimostrare l’efficacia di un’azione intrapresa, diventando strumento utile alla verifica e allo sviluppo/cambio in itinere di progetti concreti e servizi per i cittadini, come afferma anche Palumbo, mostrando l’importanza dell’uso di un procedimento metodologico all’interno del processo di valutazione: *“La valutazione è un’attività cognitiva rivolta a fornire un giudizio su un’azione (o complesso di azioni coordinate) intenzionalmente svolta o che si intende svolgere, destinata a produrre effetti esterni, che si fonda su attività di ricerca delle scienze sociali e che segue procedure rigorose e codificabili”*⁶.

È evidente come il processo di valutazione risponda a delle domande. Per esempio: cosa è cambiato nell’intervento? Sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati? Quali

⁵ STAME N. (1998), *La valutazione in Italia: esperienze e prospettive*, p. 9

⁶ PALUMBO M. (2001), *Il processo di valutazione: decidere, programmare, valutare*, p.59

sono i punti di forza e di debolezza dell'intervento? Le domande aiutano il percorso di valutazione, nel lavoro sociale vengono costruiti dei progetti per i cittadini/utenti o per la collettività che richiedono il raggiungimento di obiettivi, per questi motivi diventa fondamentale domandarsi, fin dall'inizio, quali sono gli esiti attesi e costruire un piano di verifica per comprendere come si sviluppa il progetto nel corso del tempo. La valutazione è un elemento che deve far parte del lavoro dell'assistente sociale in ogni momento del procedimento metodologico, dall'analisi dei bisogni fino alla conclusione di un progetto sociale. Diventa elemento qualificante del lavoro dei professionisti e del lavoro svolto all'interno dei servizi sociali.

Per far emergere in modo più concreto il senso della valutazione nel capitolo che segue voglio mostrare l'importanza della stessa all'interno di un servizio socio sanitario, nello specifico nella mia tesi ho scelto come esempio le Residenze Sanitarie Assistenziali, dove la valutazione della qualità dei servizi è fondamentale per raggiungere lo scopo di queste strutture, cioè il benessere dei propri ospiti.

1.2 La valutazione nelle Residenze Sanitarie Assistenziali

Come espresso nel capitolo precedente, la valutazione diventa fondamentale nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (in seguito RSA), perché con l'entrata in gioco di logiche aziendali si rischia di dimenticare lo scopo principale di queste strutture, garantire il benessere. Per iniziare questo argomento ho voluto citare parte del testo di Ivan Illich: "Nemesi medica. L'espropriazione della salute" scritto nel 1977, che resta molto attuale nonostante la data di pubblicazione, esprime una visione critica del mondo della medicina, che diventa utile strumento di riflessione sulle cure assistenziali odierne: *"Prima che la malattia fosse considerata essenzialmente una anomalia organica o del comportamento, chi si ammalava poteva ancora trovare negli occhi*

del medico un riflesso della propria angoscia e un qualche riconoscimento dell'unicità della sua sofferenza. Oggi, ciò che vi trova è lo sguardo fisso di un contabile di biologia assorto in un calcolo costi/ricavi. Il suo malessere gli viene sottratto per diventare materia prima di un'impresa istituzionale. La sua condizione è interpretata secondo una serie di regole astratte in una lingua che lui non può comprendere. Gli si insegna che esistono certe entità ostili che la medicina combatte, ma dicendogli solo quel tanto che il dottore ritiene necessario per ottenere la collaborazione del paziente. Il linguaggio diventa proprietà esclusiva del medico: il malato rimane privo di parole significative con cui esprime la sua angoscia, che viene così ulteriormente aggravata dalla mistificazione linguistica.”⁷ Illich riesce ad esprimere la differenza tra la malattia e il prendersi cura del malato in queste parole, ricordando che sotto una malattia c'è una persona che esprime la sua sofferenza, che i meccanismi aziendali non sempre riescono a vedere. Questo concetto può essere riportato in diversi ambiti dove lo scopo è la cura e il sostegno delle persone in difficoltà. Portando come esempio le RSA, dove la qualità di vita, il rispetto della dignità e dell'identità degli ospiti sono il fine principale, si può notare come l'aziendalizzazione di queste strutture con conseguenti logiche manageriali ha comportato l'entrata in gioco di personale formato per controllare i conti e porre attenzione all'efficienza del processo produttivo.⁸ Questo inserimento di una logica manageriale permette il contenimento dei costi, ma non l'attenzione verso lo scopo principale di queste strutture, il benessere. In queste strutture si parla molto di qualità, ma cosa intendiamo con qualità in RSA? “La qualità è presente come elemento portante nelle certificazioni, negli accreditamenti e più in generale nell'organizzazione dei servizi. Attraverso la formalizzazione della così detta qualità il managerialismo intende fornire ai beneficiari rassicurazioni sul valore dei prodotti erogati.”⁹ Qualità nelle RSA è

⁷ ILLICH I. (1997), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, p.173-174

⁸ FAZZI L. (2014), *Il lavoro con gli anziani in casa di riposo*, p.28 - 29

⁹ FAZZI L. (2014), *Il lavoro con gli anziani in casa di riposo*, p.31

un elemento di continua valutazione, proprio allo scopo di legittimare il lavoro svolto dalle strutture, ma come può essere valutata la qualità di un servizio? “*La managerializzazione delle strutture residenziali ha portato a un utilizzo molto diffuso di schede di valutazione.*”¹⁰ Come esprime Fazzi tali schede vengono utilizzate come strumento di monitoraggio della qualità della vita, dando la possibilità di valutare l’andamento delle condizioni fisiche, psicologiche e relazionali dei residenti nel corso del tempo. Ogni attività assistenziale si basa su linee guida, protocolli e procedure, da cui le RSA dipendono nello svolgere le attività di cura. Ma è importante personalizzare le cure, rendere gli elementi organizzativi, cioè le schede di valutazione e le procedure, una base di partenza per l’assistenza, che poi resta in mano ai professionisti che devono personalizzare ogni elemento di cura. Il rischio quando non c’è personalizzazione nelle attività assistenziali è quello di rendere le RSA delle macchine in grado di produrre cure per il corpo e non per la persona. È importante puntare alla centralità e unicità degli ospiti/utenti, rimane fondamentale la valutazione, ma è importante anche la formazione dei professionisti e l’attenzione alle relazioni che si creano tra professionisti, dirigenti, ospiti e famigliari, sono le relazioni positive che creano qualità nelle cure. Come esprime Fazzi, la dimensione sociale del lavoro di cura non è un parametro che rientra facilmente nella logica del managerialismo, ma è l’elemento motivazionale per gli operatori e di qualificazione delle cure per gli ospiti.¹¹ L’obiettivo di ogni casa di riposo è garantire il benessere e donare un percorso di fine vita, sostenere e accogliere gli anziani in tutte le loro sfaccettature, cercando di regalare un soggiorno il più possibile adeguato alle loro esigenze e a quelle dei loro famigliari.

¹⁰ FAZZI L. (2014), *Il lavoro con gli anziani in casa di riposo*, p.46

¹¹ FAZZI L. (2014), *Il lavoro con gli anziani in casa di riposo*, p. 103

GLI STRUMENTI DELLA VALUTAZIONE NEL SERVIZIO SOCIALE

2.1 La valutazione quantitativa e qualitativa

Come ho illustrato nel precedente capitolo la valutazione è un elemento fondamentale per il Servizio Sociale, la domanda che segue è: come valutare? È difficile trovare dei criteri che permettono di considerare un intervento efficace all'interno del servizio sociale, per le sue pratiche spesso poco definite e regolate, infatti, *“nell’operatività di servizio sociale i punti di forza sono la flessibilità e la capacità di modificarsi in base alle peculiarità delle situazioni, alle caratteristiche e alla soggettività delle persone coinvolte”*¹² come viene espresso da Fargion. Bisogna tenere in considerazione i diversi aspetti che caratterizzano il servizio sociale, quali il cambiamento continuo dei bisogni portati dai cittadini e la centralità/unicità degli stessi, ma anche la profonda attenzione verso i valori etici e morali che la professione porta con sé. È altrettanto vero che il bisogno di valutare nel servizio sociale nasce con l'intento di costruire una pratica professionale efficace e legittima, attraverso l'utilizzo di un procedimento metodologico che riesca a rendere valido il lavoro stesso. Come ho già evidenziato, oggi è necessario rendere valutabile il servizio sociale, legittimare il lavoro svolto per garantire ai cittadini servizi di qualità. Quando parliamo di valutazione prendiamo in considerazione principalmente due approcci alla valutazione, quello quantitativo e quello qualitativo, che andrò a delineare in questo paragrafo.

L'approccio quantitativo si basa sulla *“pratica empiricamente fondata”* (*empirical practice*), cioè una pratica fondata su elementi scientifici. Come spiegano Reid e Zettergren: *“Nella prospettiva della empirical practice il fornitore del servizio (l'operatore) fa uso esso stesso di metodi scientifici di ricerca per valutare e specificare il problema del*

¹² FARGION S. (2006), *Valutare il servizio sociale con metodologie qualitative*, p. 93.

cliente, registrare i cambiamenti nel corso dell'intervento e valutare l'efficacia dell'intervento nel produrre soluzioni."¹³ Da questa affermazione si può comprendere il punto di partenza di un professionista che nella pratica professionale utilizza esclusivamente il metodo scientifico per analizzare i problemi che la persona porta alla sua attenzione. Questo comporta l'utilizzo di dati quantitativi, espressi in grafici e tabelle, che andranno poi a creare un quadro della situazione che potrà essere inserita in una categoria dove l'operatore troverà la soluzione al problema. È evidente che l'utilizzo di tale metodo non prenda in considerazione l'unicità delle persone, ma permette di effettuare una riflessione più oggettiva della situazione che si prospetta davanti al professionista. Infatti, *"le procedure impiegate permettono all'operatore di assumere decisioni ben fondate nella pianificazione dei casi, aiutando gli utenti a comprendere i cambiamenti in atto e mantenendo un atteggiamento responsabile verso la loro organizzazione e nei confronti della comunità."*¹⁴ Fin dalle sue origini si sentiva la necessità di un servizio sociale che applicasse metodi scientifici, proprio per la sua necessità di legittimare la professione e l'operato dei professionisti. La stessa Mary Richmond, una delle fondatrici del servizio sociale, scrisse il primo testo di metodologia del servizio sociale "Social Diagnosis"(1917) che si basa *"su un lavoro di ricerca di materiali, casi, griglie di osservazione e questionari messi a punto da assistenti sociali di varia competenza...Richmond ritiene che, come nella medicina, la fase cruciale sia la diagnosi, ovvero, nel servizio sociale, la comprensione della situazione e la classificazione dei problemi."*¹⁵ È evidente come sin dalle origini c'era bisogno di riconoscimento, per questi motivi l'utilizzo di una valutazione quantitativa non è da escludere, ma da integrare. Inizialmente i metodi di valutazione quantitativi si

¹³ REID J., ZATTERGREN P. (1999), *Una pratica professionale basata sul dato quantitativo*, p. 55

¹⁴ REID J., ZATTERGREN P. (1999), *Una pratica professionale basata sul dato quantitativo*, p. 66

¹⁵ FARGION S. (2009), *Il servizio sociale. Storia, temi e dibattiti*, p. 11

basavano su ricerche sperimentali a cavallo tra il servizio sociale e la psicologia clinica, ma questi modelli quantitativi sperimentali ponevano dei limiti importanti: *“questi approcci tendono ad “oggettivizzare” il processo di lavoro, a identificare indicatori, fasi, a isolare aspetti significativi per schedare problemi e interventi”*¹⁶, non calcolando l'importanza della natura olistica e sistemica del servizio sociale. E' diventato fondamentale affiancare ad un approccio quantitativo un approccio qualitativo. Caratteristica principale della valutazione qualitativa è mostrare il percorso che viene svolto nell'intervento, e non solo l'esito finale. Diventa centrale la percezione delle persone interessate all'intervento valutativo, allo scopo di costruire e revisionare pratiche di intervento efficaci.¹⁷

La valutazione qualitativa nel servizio sociale viene caratterizzata da un insieme di punti chiave, in seguito elencati:

- *“L'approccio qualitativo mira a cogliere i modi di comprendere il problema e il lavoro delle diverse persone, riconoscendo e accettando che questi modi possono essere differenti.*
- *Il focus è sui processi e sul rapporto tra processi e risultati in termini di significati attribuiti dagli attori.*
- *L'attenzione si concentra sul modo in cui i significati vengono costruiti in relazione alle pratiche.*
- *Vengono messi al centro i significati che le persone attribuiscono alle situazioni senza ricondurli a presunti standard di oggettività.*
- *L'approccio qualitativo è riflessivo in relazione alla soggettività dello stesso professionista che opera la valutazione.*

¹⁶ FARGION S. (2006), *Valutare il servizio sociale con metodologie qualitative*, p. 97.

¹⁷ FARGION S. (2006), *Valutare il servizio sociale con metodologie qualitative*, p. 95-100.

- *L'approccio qualitativo non pretende di essere avulso e neutro rispetto alle dimensioni valoriali, che riconosce come intrinseche nella valutazione e semmai da esplicitare.*"¹⁸

Risulta evidente l'importanza del percorso svolto nella valutazione stessa, il ruolo attribuito ai soggetti coinvolti e ai significati che loro stessi danno alla pratica del lavoro. Come esprime Fargion: *"ciò che caratterizza la valutazione qualitativa quindi è il riconoscimento e l'importanza attribuita ai significati che i diversi attori e soggetti coinvolti costruiscono per dare un senso alle pratiche di lavoro nei servizi e agli esiti degli interventi. Il primo elemento che unifica questa metodologia o famiglia di metodologie valutative è il ricorso a strumenti di raccolta delle informazioni che consentono di rilevare prospettive diverse e che lasciano spazio a letture della realtà non previste e inattese. Ne consegue la predilezione verso strumenti aperti e non standardizzati. Ci si riferisce in particolare all'intervista non strutturata e non direttiva, ai focus group, al metodo biografico, all'analisi qualitativa di testi di documentazione."*¹⁹ Gli strumenti proposti da Fargion sono molto rilevanti nel servizio sociale, permettono di addentrarsi in diverse prospettive e punti di vista, far emergere conoscenze pregresse o nuove soluzioni. I dati diventano elementi di riflessione, sul percorso svolto e sugli esiti ottenuti, qualificando il lavoro svolto e facendo emergere i punti di forza e di debolezza dell'intervento stesso, permettendo di trovare nuovi spunti per il lavoro sociale. Tuttavia, resta fondamentale accertare i risultati, dimostrarne la scientificità e il rigore metodologico. Si sono sviluppate linee guida allo scopo di soppesare la rigosità della valutazione qualitativa, proprio per la necessità di strutturare la valutazione in modo da rendere chiari ed espliciti gli elementi che hanno caratterizzato il percorso

¹⁸ EVERITT A., HARDIKER P. (1996), *Evaluating for Good Practice*, p. 84.

¹⁹ FARGION S. (2013), *Il metodo del servizio sociale, Riflessioni, casi e ricerche*, p.189.

svolto, dalla raccolta dei dati, agli strumenti utilizzati e modalità con cui si sono raggiunti gli esiti.²⁰

2.2 Gli strumenti della valutazione

In questo capitolo voglio mostrare alcuni metodi di valutazione. Si può notare come le competenze necessarie per utilizzare questi strumenti fanno già parte del bagaglio professionale dell'assistente sociale, partendo dai colloqui non direttivi, all'uso di metodi biografici e all'osservazione più o meno guidata²¹. Questo rende l'assistente sociale un professionista nella valutazione qualitativa, in grado di utilizzare gli strumenti di seguito proposti nel modo corretto, seguendo i valori etici e morali della professione, facendo emergere nodi critici ed elementi di riflessione utili al servizio sociale stesso. La scelta degli strumenti va in base al tipo di valutazione che si vuole fare. All'interno del servizio sociale per rendere legittima la valutazione svolta si tende ad affiancare strumenti per la raccolta dei dati e delle informazioni di tipo quantitativo, cioè numerico, alla raccolta di informazioni di tipo qualitativo. De Ambrogio e Civenti hanno individuato gli strumenti più utilizzati e utilizzabile all'interno del servizio sociale. Il primo strumento individuato è il questionario, che consiste in un elenco scritto di domande precostruite e preparate secondo determinate regole. Di facile utilizzo per la semplicità di somministrazione e per le informazioni che si possono ottenere di tipo statistico, ma ha come svantaggio la difficoltà di comprendere il perché vengono scelte determinate risposte, rendendo difficile l'analisi di tipo qualitativo. Un altro strumento di tipo quantitativo sono le scale, che corrispondono ad insieme di domande dalle quali si

²⁰ FARGION S. (2013), *Il metodo del servizio sociale, Riflessioni, casi e ricerche*, p. 191.

²¹ FARGION S. (2006), *Valutare il servizio sociale con metodologie qualitative*, p. 102

può determinare un punteggio complessivo. Sono di facile somministrazione e danno dati oggettivi validi e attendibili, la difficoltà sta nella loro costruzione, essendo poche quelle già esistenti somministrabili nel servizio sociale e spesso sono in lingua inglese. Inoltrandoci negli strumenti della valutazione più qualitativi abbiamo le interviste, cioè la raccolta di informazioni presso testimoni, che consiste nel porre domande seguendo una traccia da parte dell'intervistatore, che però ha un margine di libertà nel porre le domande stesse, in base a ciò che emerge nel corso dell'intervista stessa. Hanno come vantaggio la possibilità di un'analisi più approfondita del tema, ma c'è molto margine di interpretazione da parte dell'intervistatore e richiedono molto tempo. Diverso strumento può essere l'osservazione diretta, cioè l'osservazione diretta del fenomeno oggetto d'indagine. Il rischio è di una valutazione molto soggettiva, diventa importante l'utilizzo di griglie guida e sarebbe opportuno che venisse svolta da più osservatori, per poter confrontare ciò che viene osservato, rendendo più oggettiva la valutazione. In fine uno strumento che lega aspetti quantitativi e qualitativi è la check list, cioè ordinare informazioni per analisi secondarie di dati già disponibili, attraverso l'analisi dei diari assistenziali, dei verbali, delle cartelle sociali o di registrazioni delle attività. Questo aspetto permette di fare un'analisi su dati già esistenti nei servizi, di ordinarli in base al fenomeno indagato, e di far emergere gli elementi essenziali. È utile integrare questo strumento con altri sistemi di valutazione più qualitativi, tra cui il focus group²². A questo strumento della valutazione ho voluto fare un approfondimento, essendo molto utilizzato all'interno delle case di riposo. Come vedrete in seguito io stessa ho avuto modo di utilizzare questo strumento per il lavoro svolto presso la

²² DE AMBROGIO U., CIVENTI G. (2007), *Attenzione metodologica e passaggi chiave nello svolgimento delle funzioni valutative professionali*, pp. 102-107

APSP Margherita Grazioli, per questo motivo mi è sembrato opportuno spiegare il suo utilizzo in modo più specifico e le sue peculiarità.

2.2.1 Il focus group

La nascita del focus group (in seguito fg) è attribuita a Robert K. Merton, sociologo statunitense che mise a punto una nuova tecnica per la rilevazione delle opinioni, che denominò “intervista di gruppo” o “intervista di gruppo focalizzata”, definita in seguito focus group. Inizialmente questa tecnica veniva usata maggiormente nelle ricerche di mercato, ma, a partire dagli anni ottanta, il fg inizia a prendere piede nella ricerca sociale, soprattutto in ambito sanitario²³. L'utilizzo di questo strumento permette di raccogliere informazioni, analizzare punti di forza e di debolezza di un sistema, produrre nuove idee e ipotesi. Infatti, come esprime Acocella: *“in un fg l'interazione permette un confronto immediato delle opinioni espresse; consente infatti ai partecipanti di formare il proprio punto di vista, confrontandosi con gli altri presenti, definendo meglio la propria posizione e acquisendo maggiore consapevolezza delle proprie idee”* e ancora *“il confronto tra i partecipanti agevola un'osservazione diretta delle somiglianze e delle differenze tra le opinioni favorendo l'emergere dei punti di forza e di debolezza delle varie posizioni. Dalla sinergia del gruppo può anche scaturire una pluralità di posizioni e definizioni della stessa situazione: l'interazione infatti favorisce il ricordo di dettagli dimenticati e di altri aspetti non presi solitamente in considerazione”*²⁴.

Inoltrandoci nella tecnica, le caratteristiche principali del focus group individuate da Acocella sono:

1. *“la presenza di un moderatore;*
2. *La presenza di un osservatore;*

²³ ACOCELLA I. (2008), *Il focus group: teoria e tecnica*, pp. 13, 34-38

²⁴ ACOCELLA I. (2008), *Il focus group: teoria e tecnica*, pp. 184-185

3. *La presenza di un piccolo gruppo di persone giudicate idonee a fornire informazioni sull'argomento oggetto di studio;*
4. *La focalizzazione della discussione su un tema specifico o su aspetti particolari di un tema decisi in base agli interessi del ricercatore e del gruppo di ricerca;*
5. *La natura tendenzialmente non standardizzata delle domande e delle reazioni;*
6. *La natura non spontanea della discussione.*"²⁵

Alla luce di queste caratteristiche possiamo notare la natura non standardizzata del fg e la sua attenzione alla discussione all'apparenza informale tra persone selezionate come "esperte" del tema che si va ad analizzare, alla presenza di un moderatore e un osservatore. Nello specifico, il moderatore è colui che guida, sostiene e rilancia la traccia della discussione, decisa precedentemente in base allo scopo del fg. Ha il compito di delucidare e regolamentare la discussione, motiva e tiene viva la discussione focalizzandola sui punti di interesse e facilita l'interazione tra i partecipanti²⁶. Mentre l'osservatore assiste il moderatore come parte integrante del gruppo, partecipando a tutto il percorso d'indagine. Spesso ha il compito di preparare il setting di discussione e di annotare i temi rilevanti, le idee chiave, le citazioni più salienti emerse dal gruppo di discussione.²⁷ Lo strumento maggiormente utilizzato nel fg è la traccia della discussione, partendo da questo elemento il moderatore sostiene e rilancia la discussione. Per formulare la traccia si parte dalla raccolta del maggior numero di informazioni relative all'argomento che si vuole indagare, facendo emergere gli elementi che si vuole approfondire all'interno del fg. Da qui nascono le domande che vengono poi portate all'interno del gruppo. È importante che le domande vengano formulate in modo da

²⁵ ACOCELLA I. (2008), *Il focus group: teoria e tecnica*, p. 34

²⁶ ACOCELLA I. (2008), *Il focus group: teoria e tecnica*, pp. 44 - 45

²⁷ ACOCELLA I. (2008), *Il focus group: teoria e tecnica*, pp. 69-70

sottolineare il fatto che i presenti sono stati invitati come membri di un gruppo di “esperti” idonei a dare informazioni pertinenti in relazione al fenomeno indagato.²⁸

“Nel fg la fonte delle informazioni è un gruppo non naturale, ma costruito ad hoc, con persone che condividono esperienze di vita simili o presentano gli stessi stati su proprietà rilevanti per la ricerca”²⁹.

Sono questi elementi che permettono al fg di essere un valido strumento di valutazione e ricerca nel servizio sociale, per analizzare temi come la qualità di vita delle persone all’interno delle RSA. Un’analisi esclusivamente di tipo quantitativa rischia di perdere di vista lo scopo della valutazione stessa nelle case di riposo, mentre affiancata ad un’analisi di tipo qualitativa permette di far emergere caratteristiche salienti delle tematiche analizzate. Il fg in particolare permette di visualizzare i diversi punti di vista delle persone coinvolte nel raggiungimento dell’obiettivo stesso, dai produttori di benessere ai fruitori del benessere.

2.3 Riflessività, autovalutazione e valutazione partecipata

Fino adesso ho parlato degli strumenti che si possono utilizzare all’interno del lavoro sociale, ma è altrettanto importante parlare di quegli elementi in più che l’assistente sociale deve mettere nei percorsi di valutazione. Fazzi introduce il suo testo parlando di riflessività dicendo: *“il lavoro di servizio sociale si basa sempre su valutazioni. Per intervenire a favore delle persone in difficoltà è necessario valutare il bisogno, le condizioni del possibile intervento, le risorse e le opportunità che possono essere sfruttate per promuovere il cambiamento.”* Segue *“Oggi più che mai il servizio sociale ha bisogno di una forte capacità riflessiva finalizzata a verificare quanto del modo di lavorare consolidato sia effettivamente congruente con i principi fondativi, gli obiettivi e i valori della*

²⁸ ACOCELLA I. (2008), *Il focus group: teoria e tecnica*, pp. 126-127

²⁹ ACOCELLA I. (2008), *Il focus group: teoria e tecnica*, p. 185

professione.”³⁰ Come ho già espresso nei capitoli precedenti la valutazione nel servizio sociale è fondamentale, riflettere sulle azioni svolte è una caratteristica che deve far parte della professione dell’assistente sociale, un elemento che permette una continua verifica delle azioni svolte nel percorso di cambiamento e miglioramento dei cittadini/utenti e dei servizi stessi. Come esprime Sicora: “*Saper attivare processi di riflessività e, conseguentemente, di continua crescita professionale è una delle caratteristiche essenziali di un assistente sociale in grado di affrontare le continue sfide che emergono da contesti operativi in divenire.*”³¹ Nella valutazione la riflessività valorizza le capacità di produrre cambiamento e innovazione. Per comprendere cosa vuol dire riflessività nel servizio sociale mi appello alla teoria sviluppata da Donald Schön (1983), lui definisce il professionista competente quando conosce nell’azione e riflette sull’azione e nel corso dell’azione. Ciò vuol dire riuscire a collegare teorie e prassi nel corso dell’azione stessa, attivando tecniche riflessive in grado di produrre nuove conoscenze e di generare cambiamento nel momento in cui l’azione si sta svolgendo. Sempre Schön differenzia la riflessione in azione e la riflessione sull’azione. La prima si riferisce a quando il professionista è in grado di attivare il pensiero cosciente e riconosce gli elementi che permettono una valutazione istantanea della situazione, promuovendo il cambiamento o la modifica della situazione, se necessario, in corso d’opera. La seconda prevede la riflessione alla fine dell’azione, analizza gli eventi che hanno portato ai risultati ottenuti e ne collega le teorie utilizzate per raggiungere l’obiettivo.³² Questo per mostrare

³⁰ FAZZI L. (2015), *Servizio sociale riflessivo. Metodi e tecniche per gli assistenti sociali*, pp. 7-8

³¹ SICORA A. (2006), *Riflessività e autovalutazione nel servizio sociale*, p.59

³² SCHÖN D. A. (1993), *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, pp. 76-80

l'importanza della riflessività all'interno della valutazione stessa e caratteristica che deve far parte del bagaglio di competenze professionali dell'assistente sociale.

Detto questo, Fargion (2013) nel suo testo fa emergere nuovi metodi di valutazione attuati nel lavoro sociale, cioè quello di avviare percorsi di valutazione partecipata e di autovalutazione. Per quanto riguarda la prima si parla di processi di valutazione che siano democratici, che coinvolgano operatori, utenti e loro rappresentanti, ciò comporta la creazione di tavoli di lavoro misti in cui si discutono gli obiettivi e gli strumenti di valutazione. In questa strategia possono essere coinvolti anche i non professionisti, proprio per poter rilevare diversi punti di vista che possono produrre cambiamenti nel servizio sociale stesso. Mentre nella seconda si parla di attivare pratiche di autovalutazione costanti che consentano *“di riflettere sull'impatto e sui possibili utilizzi della ricerca stessa”*³³. Si sono sviluppate nel corso degli anni diverse tecniche di autovalutazione, tra quelle citate da Fargion troviamo il Single-Case Evaluation Design, fondato sui principi della sperimentazione dovrebbe consentire agli assistenti sociali di soppesare in modo scientifico gli esiti dei propri interventi, oppure l'*“altervisione”*, metodo elaborato da Luigi Gui, dove l'attenzione del professionista è focalizzata sulle ragioni delle azioni professionali intraprese, facendo una continua riflessione sui riferimenti teorici e sul sapere pratico. Altri metodi di stampo più qualitativo sono l'auto-osservazione e l'etnografia, dove l'operatore si *“osserva”* nelle situazioni che intende valutare, registrando le proprie considerazioni su un diario che in seguito può analizzare e condividere con i colleghi.³⁴ Questi elementi devono contraddistinguere il lavoro svolto dall'assistente sociale, mantenendo una valutazione continua con l'obiettivo di dare maggior

³³ FARGION S. (2015), *Il metodo del servizio sociale. Riflessioni, casi e ricerche*, p. 198

³⁴ FARGION S. (2015), *Il metodo del servizio sociale. Riflessioni, casi e ricerche*, pp. 197-206

qualità ai percorsi che intraprende insieme ai cittadini/utenti e allo scopo di promuovere e creare quel cambiamento che è alla base del lavoro dell'assistente sociale.

IL MARCHIO QUALITA' & BENESSERE COME STRUMENTO DI VALUTAZIONE

3.1 Il Marchio Qualità&Benessere

L'U.P.I.P.A. – s.c. (Unione Provinciale Istituzione per l'Assistenza) ha creato e sviluppato un modello di valutazione reciproca e partecipata della qualità di vita e del benessere degli anziani nelle strutture residenziali denominato "Q&B – Marchio Qualità e Benessere". L'obiettivo è riuscire a misurare gli outcome dei processi socio-sanitari-assistenziali secondo una lettura che prevede di "misurare ciò che è importante e non dare importanza a ciò che è misurabile". Si parla di uno strumento di valutazione di un Servizio, quali le RSA, che necessita di strumenti valutativi di tipo qualitativo e quantitativo. Il Marchio Q&B cerca di rispondere a questa necessità, attraverso l'utilizzo di un modello che declina i fattori valoriali in elementi valutabili e misurabili, attraverso la raccolta di evidenze documentali, l'osservazione ambientale, l'ascolto dei residenti e del personale impiegato nella struttura.³⁵ È stato quindi costruito un modello che verifica i documenti, osserva il contesto di vita ed ascolta le persone coinvolte nella quotidianità delle strutture residenziali. Fondamentale è la partecipazione attiva e l'autovalutazione delle strutture aderenti che possono dimostrare la validità dello strumento stesso, attraverso il coinvolgimento di tutte le persone interessate, rendendolo un modello che aiuti la verifica del lavoro che viene svolto all'interno delle RSA, potendo garantire agli ospiti delle diverse strutture un'adeguata assistenza e qualità della vita.

I valori di riferimento del Marchio Q&B sono stati individuati all'interno di un focus group dove alle persone coinvolte è stata posta una domanda: "Immaginando di

³⁵ Carta dei Valori, Marchio Qualità & Benessere.

essere voi dei residenti delle strutture dove lavorate, cosa non dovrebbe assolutamente mancare? Cosa vorreste trovare per dare qualità alla vostra vita?”.³⁶

Questo quesito ha fatto emergere i valori di riferimento del Marchio Q&B, esposti all'interno della Carta dei Valori e riportati di seguito (tab. 1):

VALORI	DESCRIZIONE
RISPETTO	Possibilità di vedere riconosciuti dall'organizzazione il rispetto dei tempi e ritmi di vita personale, degli spazi privati, della privacy e della riservatezza dei dati, della dignità della persona e dei suoi valori.
AUTOREALIZZAZIONE	Possibilità di attuare ancora concretamente le proprie aspirazioni, desideri, passioni, stili di vita e sentirsi appagati e soddisfatti di ciò, superando ove possibile gli ostacoli derivanti dalla non autosufficienza.
OPEROSITÀ	Possibilità di vedere espresse, promosse e valorizzate le capacità, le attitudini, le abilità, le competenze del residente nell'agire quotidiano e nella gestione del tempo libero, superando ove possibile gli ostacoli derivanti dalla non autosufficienza.
AFFETTIVITÀ	Possibilità di mantenere e sviluppare relazioni affettive ed emotive autentiche anche all'interno della residenza sia con persone, che con oggetti personali ed animali significativi.
INTERIORITÀ	Possibilità di fruire di occasioni, spazi e servizi adeguati per il raccoglimento spirituale (nel rispetto del pluralismo religioso), per riflettere sul sé ed il senso della vita anche affrontando l'esperienza della morte.
COMFORT	Possibilità di fruire di un ambiente fisico nel quale la persona vive ed opera in grado di coniugare le proprie esigenze personali e vita comunitaria con particolare attenzione alla dimensione familiare.
UMANIZZAZIONE	Possibilità di essere accolti nella propria globalità con una presa in carico attenta all'ascolto, alla personalizzazione

³⁶ Carta dei Valori, Marchio Qualità & Benessere.

	degli interventi ed alla dimensione umana e relazionale dell'assistenza.
SOCIALITÀ	Possibilità di trovarsi inseriti in un contesto sociale comunitario aperto verso l'esterno e permeabile dall'esterno, nel quale mantenere la comunicazione e lo scambio con la comunità di riferimento.
SALUTE	Possibilità di fruire di azioni di prevenzione, cura e riabilitazione erogate da personale professionalmente preparato, personalizzate e integrate nel contesto di vita quotidiano, evitando forme di accanimento e sanitarizzazione eccessiva o non gradita.
VIVIBILITÀ	Possibilità di vivere in un luogo caldo, accogliente, confortevole, pulito, con un'atmosfera stimolante e rispettosa delle esigenze dei residenti e del contesto della vita comunitaria.

Tab.1 Valori di riferimento del Marchio Qualità&Benessere³⁷

Da questi valori sono stati ricavati i cosiddetti fattori, che corrispondono ai valori stessi, alle quali sono collegati tre determinanti che si sviluppano in indicatori specifici e verificabili, che servono a quantificare su scala numerica e rendono quindi misurabile il livello di realizzazione del determinante a cui sono associati.³⁸

Lo scopo del modello è rispondere alla necessità di rendere valutabile la qualità di vita delle persone all'interno delle RSA, attraverso l'utilizzo dei valori, esponendo gli impegni che il Marchio offre ai residenti, prendendo in considerazione cosa significano per le persone affette da demenza, facendo attenzione alle loro peculiarità. Nel capitolo seguente voglio mostrare il percorso che viene svolto nella valutazione dei fattori nel Marchio Q&B, per poi addentrarmi sempre più nel concreto della valutazione stessa.

³⁷ Carta dei Valori, Marchio Qualità & Benessere

³⁸ Modello di autovalutazione e valutazione reciproca e partecipata del benessere e della qualità della vita degli anziani nelle residenze per anziani, L'ARTE della QUALITÀ della VITA nelle STRUTTURE RESIDENZIALI per ANZIANI, Vademecum per la gestione operativa (Revisione 6 del 27 dicembre 2017). Redatto e revisionato a cura di M. Giordani, E. Negri, M. Iesurum.

3.2 Il percorso dello strumento di valutazione Marchio Q&B

La Carta dei Valori è il documento di riferimento del modello Marchio Qualità e Benessere, il vademecum, da cui ho raccolto le informazioni che di seguito illustrerò, ha lo scopo di:

- *“presentare il modello di autovalutazione e valutazione reciproca, illustrandone le principali caratteristiche di struttura e di funzionamento e spiegando l'utilizzo degli strumenti comuni a tutte le fasi di gestione dei modelli;*
- *Essere il documento guida principale e di “materiale didattico” per tutti coloro che a diverso titolo si avvicinano al Marchio Q&B nei suoi diversi modelli Benchmarking/ Scaffolding/ Dementia Friendly.”³⁹*

La struttura base del Marchio Q&B consiste in una “struttura ad albero” così organizzata, 12 fattori di qualità che corrispondono ai valori di riferimento, 36 determinanti, 3 per ciascuno dei fattori considerati, che rappresentano gli aspetti specifici con cui si manifestano i fattori e 105 indicatori specifici e variabili (di media 3 per ogni determinante), che servono a quantificare su scala numerica e rendere quindi misurabile il livello di realizzazione del determinante cui sono associati. Ogni indicatore viene contraddistinto dalla modalità con cui avviene la rilevazione dell'indicatore stesso. Gli strumenti di valutazione utilizzati nel Marchio Q&B sono:

- Verifica documentale. L'analisi della documentazione formale scritta già presente all'interno delle strutture.

³⁹ Modello di autovalutazione e valutazione reciproca e partecipata del benessere e della qualità della vita degli anziani nelle residenze per anziani, L'ARTE della QUALITÀ della VITA nelle STRUTTURE RESIDENZIALI per ANZIANI, Vademecum per la gestione operativa (Revisione 6 del 27 dicembre 2017). Redatto e revisionato a cura di M. Giordani, E. Negri, M. Iesurum.

- Osservazione ambientale. Verifica basata sull'impressione ricavata direttamente da valutatori esperti attraverso l'osservazione dell'ambiente fisico e dei comportamenti delle persone all'interno dell'ambiente stesso.
- Osservazione ambientale e verifica documentale. Valutazione di indicatori che necessitano una verifica con entrambi gli strumenti.
- Osservazione Etnografica. Non espressamente richiesta negli indicatori, ma lo strumento è previsto come integrazione delle modalità di osservazione.
- Focus group con il personale
- Focus group con i residenti
- Focus group con i famigliari

Il modello è caratterizzato da un ciclo di attività biennale, gli anni dispari corrispondono al ciclo di autovalutazione e gli anni pari prevedono la realizzazione di un piano di miglioramento della struttura e la autovalutazione-valutazione su un campione di determinanti, con supporto concreto e strutturato a tutti gli enti alla realizzazione dei processi di miglioramento decisi. Inoltre, negli anni pari è presente la autovalutazione/valutazione al fine di rilevare la propensione dell'organizzazione alla gestione dell'anziano con demenza secondo lo schema definito Dementia Friendly.⁴⁰

Inoltrandoci nel metodo di valutazione del Marchio Q&B abbiamo una prima fase, nell'anno dispari, dove viene posta l'attenzione sulla creazione del "Report di Benchmarking". Esso consiste nell'attivazione di una fase di autovalutazione interna, coordinata dal (o dagli) auditor formati sull'utilizzo del modello e si conclude

⁴⁰ Modello di autovalutazione e valutazione reciproca e partecipata del benessere e della qualità della vita degli anziani nelle residenze per anziani, L'ARTE della QUALITA' della VITA nelle STRUTTURE RESIDENZIALI per ANZIANI, Vademecum per la gestione operativa (Revisione 6 del 27 dicembre 2017). Redatto e revisionato a cura di M. Giordani, E. Negri, M. Iesurum.

con la predisposizione del “Report di autovalutazione”, cui segue una valutazione da un gruppo di audit composto da tre colleghi di altre strutture aderenti al modello, che in una giornata predispongono un “Report di Audit”, che andrà a confermare o smentire l’autovalutazione predisposta dall’ente. Dalla rielaborazione complessiva dei risultati vengono generate delle elaborazioni dei risultati per singolo ente, il “Report di Benchmarking”. Segue l’anno pari, dedicato allo scaffolding, cioè lo sviluppo del piano di miglioramento negli enti aderenti. Le strutture vengono affiancate sul piano/i di miglioramento che decidono di presentare, attraverso l’attivazione di una serie di attività/progetti/iniziative formative volte a garantire la base culturale e diffusa necessaria per sviluppare con maggior efficacia le azioni di miglioramento. Vengono organizzate visite di accompagnamento ai piani di miglioramento per analizzate con lo staff di direzione della struttura lo stato di avanzamento del progetto, efficacia dello stesso e suggerire eventuali azioni integrative che aumentino la probabilità di successo.⁴¹

Ho cercato di racchiudere in poche righe il percorso svolto dal Marchio Q&B. Come si può notare è molto importante la partecipazione attiva degli enti aderenti, sia nell’autovalutazione che nella valutazione tra pari. La prospettiva che ogni ente può avere uno sguardo verso le altre strutture aderenti permette; da parte degli audit, un confronto sulle modalità operative. Questo permette di apprendere strategie di miglioramento e condividere soluzioni efficaci.

⁴¹ Modello di autovalutazione e valutazione reciproca e partecipata del benessere e della qualità della vita degli anziani nelle residenze per anziani, L’ARTE della QUALITA’ della VITA nelle STRUTTURE RESIDENZIALI per ANZIANI, Vademecum per la gestione operativa (Revisione 6 del 27 dicembre 2017). Redatto e revisionato a cura di M. Giordani, E. Negri, M. Iesurum.

3.3 Sperimentazione di valutazione utilizzando il Marchio Q&B

Ho deciso in collaborazione con la APSP Margherita Grazioli di Povo di svolgere un lavoro di analisi partendo da un fattore del Marchio Q&B, in particolare, quello riguardante l'Umanizzazione, che all'interno della carta dei valori specifica il proprio impegno nei seguenti punti da me sintetizzati:

- Adottare un'ottica bio-psico-sociale, dove la persona possa essere vista nella sua totalità,
- Curare la fase di accoglienza e di inserimento delle nuove persone, attraverso l'ascolto e un atteggiamento empatico in questi delicato momento, favorendo la vicinanza dei cari.
- Valorizzare lo strumento del Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.), facendolo diventare il mezzo e l'occasione di una effettiva individualizzazione e personalizzazione assistenziale, attraverso l'ascolto del residente e la partecipazione attiva dei familiari.
- Considerare la storia personale, le esigenze e le preferenze individuali come risorse e potenzialità.
- Diffondere a tutti gli operatori la consapevolezza dell'importanza della relazione in ogni attività di servizio o di cura, per migliorare la propria capacità di fare della sensibilità relazionale uno strumento e uno stile di assistenza e cura.⁴²

⁴² Carta dei Valori, Marchio Qualità & Benessere

In particolare, all'interno del Marchio Q&B, dal fattore Umanizzazione ho estratto il determinante "Essere ascoltato, personalizzazione e presa in carico" e ho scelto di soffermarmi sull'indicatore "coinvolgimento del residente e dei suoi cari". Per svolgere questo lavoro, in collaborazione con l'APSP Margherita Grazioli, è stata fatta una verifica documentale, in particolare è stato selezionato un campione di diari assistenziali, dove è stato ricercato in che modo emerge il familiare all'interno della struttura. Più precisamente sono state selezionate:

- Quattro giornate tipo (tre giornate feriali e una giornata prefestiva) selezionate nell'arco di un mese su tre differenti nuclei, di cui un nucleo specializzato con persone affette da demenza. (Primo campione)
- Una settimana tipo per tre differenti situazioni nei tre nuclei presi in considerazione, tre persone che hanno effettuato un nuovo ingresso, tre persone residenti con familiari presenti e tre persone in accompagnamento di fine vita. (Secondo campione)

Analizzando il primo campione è emerso che vengono nominati i familiari solo nel 12% di tutte le consegne visualizzate, che riportano un totale di 436 consegne. Tra i tre nuclei quello dove i familiari vengono nominati di più è il nucleo con persone affette da demenza che risultano il 15 % delle consegne totali nel nucleo. È importante precisare che questo nucleo utilizza il modello Gentlecare, in cui è cruciale l'alleanza terapeutica tra familiari e operatori⁴³, come potremo vedere in seguito questo investimento da parte dell'azienda è emerso anche dall'analisi che abbiamo svolto insieme. Negli altri due nuclei abbiamo il 13% e il 9% sul totale di consegne

⁴³ www.ottimasenior.it, ANGIOLINI E., BORTOLOMIOL E., LIONETTI L., *Il Metodo Gentlecare nell'assistenza all'anziano fragile. Spazio, Persone Programmi per una migliore qualità vita.*

nei nuclei. In questa analisi dei diari assistenziali è stato interessante notare come vengono nominati i famigliari, che solo nel 9% dei casi viene espresso il loro nome, nella maggior parte dei casi vengono chiamati per grado di parentela, ma ci sono stati alcuni casi, il 6 %, dove non c'è alcun riferimento, ma viene semplicemente scritto un parente o una visita.

In seguito ad una prima analisi quantitativa dei dati raccolti, con l'APSP Margherita Grazioli abbiamo creato uno schema con tutte le consegne scritte dove venivano nominati i famigliari, per poi suddividerle in diverse categorie. Abbiamo scelto di contrassegnare le consegne in tre diverse tipologie con cui viene descritto il famigliare specificate nella tab 2.

Tipologia	Contenuto	Parole chiave
Tipo parte	A questa tipologia ho assegnato le consegne dove il famigliare risulta partecipe nell'assistenza del proprio caro. Dove vengono accolte le preoccupazioni dei famigliari e c'è una collaborazione attiva.	Condivisione, uscite, accompagnato, imbocco, riferisce informazioni assistenziali, ascolto, partecipa.
Tipo contro-parte	A questa tipologia ho assegnato le consegne dove il famigliare diventa impedimento all'assistenza e non collaborativo nelle attività assistenziali. In queste consegne il famigliare viene rappresentato come elemento di ostacolo.	Invadente, lamenta, priorità, contrariata, mancanza.
Tipo passivo	A questa tipologia ho assegnato le consegne dove il famigliare viene visto come elemento passivo all'assistenza. In queste consegne si trovano elementi esclusivamente tecnici dove non c'è relazione con il famigliare.	Presente, richiesto, informazioni.

Tab 2 suddivisione tipologia di consegna con cui viene visto il famigliare.

Attraverso la lettura dei diari assistenziali è stato possibile notare che assegnare una sola tipologia, tra parte, controparte e passivo, risultava spesso molto difficile. Per questo motivo molte consegne sono rientrate in più tipologie. Alla fine di questo lavoro i dati emersi hanno mostrato la percentuale maggiore nella tipologia parte, seguita dalla tipologia passiva e per ultima la tipologia controparte. Questi dati hanno potuto dimostrare all'APSP Margherita Grazioli di Povo che la struttura in generale ha una buona percezione del familiare, con particolare attenzione al nucleo con persone affette da demenza dove, dai dati, risulta il nucleo che rende più partecipe e attivo il familiare nell'assistenza.

Il secondo campione prende in considerazione tre momenti fondamentali della vita del residente. Partendo dall'ingresso del residente in struttura, dove è fondamentale l'accoglienza anche del familiare, arrivando ai residenti stabili in struttura con la presenza costante di un familiare nelle cure, fino al momento dell'accompagnamento dei residenti in fin di vita, momento particolare dove risulta fondamentale un atteggiamento empatico e rispettoso nei confronti dei familiari che vivono questo momento particolare della vita con i propri cari.

Dall'analisi dei diari è emerso una forte disparità tra i nuclei residenziali e il nucleo con persone affette da demenza. Partendo dai nuovi ingressi, nei nuclei residenziali c'è stata una presa in carico del familiare nella prima giornata, ma già il secondo giorno le consegne spariscono, mentre nel nucleo con persone affette da demenza si evidenzia una presa in carico continua nella prima settimana di accoglienza del familiare. Analizzando le consegne emerge che la tipologia controparte non è emersa in nessuna consegna, questo evidenzia una maggiore disponibilità da parte degli operatori verso i nuovi familiari. La tipologia passiva è leggermente più alta rispetto alla tipologia parte, ma attraverso l'analisi qualitativa dei diari emerge che

questo dato è dovuto alle maggiori informazioni tecnico-amministrative che comportano l'ingresso di un nuovo residente.

Nella analisi dei residenti in accompagnamento non è stato preso in considerazione il nucleo con persone affette da demenza, essendo che, per la sua particolarità, non ha casi di questo tipo. Nell'analisi di questi diari è emerso che il familiare viene preso in considerazione principalmente negli ultimi due giorni, tranne in un caso dove il familiare viene nominato con continuità, ma le consegne analizzate hanno una percentuale del 28% nella tipologia controparte. Analizzando il diario si è evidenziato come atteggiamenti e comportamenti da parte del familiare che contrastavano l'assistenza, vengono presi in carico e accolti dagli operatori, registrando una percentuale di consegne di tipo parte del 57%. Questo è un elemento molto importante proprio per il momento delicato che sta vivendo il familiare insieme al suo caro. Il dato sconcertante è che la tipologia passiva raggiunge quasi la tipologia parte, in un momento così delicato come l'accompagnamento di fine vita verso familiari che vivono questo dolore.

In ultimo osserviamo l'analisi dei dati raccolti di tre residenti selezionati nei tre diversi nuclei che hanno dei familiari costantemente presenti nell'assistenza e accudimento dei propri cari. È risultata evidente la forte diminuzione del numero di consegne rispetto al familiare, in un caso non è stata trovata alcuna consegna che faccia riferimento ai familiari, mentre in un altro caso le consegne visualizzate erano tutte nella tipologia controparte. Questa ultima analisi ha evidenziato nuovamente la forte disparità tra i nuclei residenziali e il nucleo con persone affette da demenza, dove c'è una continua accoglienza e partecipazione attiva del familiare.

Per concludere il percorso di valutazione è stato effettuato un focus group con il personale, per raccogliere le percezioni che hanno nei confronti dei famigliari. Viene proposto un elaborato guidato ai partecipanti, che variano nelle diverse professionalità: operatori socio sanitari, educatori, infermieri, fisioterapisti e operatori di animazione (in totale 13 partecipanti). Si chiede di ricordare una situazione in cui c'è stata una interazione con un familiare e di scrivere il contesto dell'interazione, il sentimento/stato d'animo all'inizio dell'interazione, il contenuto dell'interazione e il sentimento/stato d'animo alla fine dell'interazione. Infine, si chiede se hanno riportato sul diario l'interazione e cosa hanno o avrebbero scritto. In seguito, vengono discusse insieme le parti dell'elaborato. I punti salienti emersi dal focus group sono:

- Il modo con cui il familiare cercano la relazione, attraverso un imporsi in momenti scomodi o che creano disagio per l'attività che i professionisti stanno svolgendo.
- I sentimenti che emergono da parte degli operatori verso i famigliari all'inizio dell'interazione. Partono da un approccio di disponibilità verso i famigliari, stato d'animo più nominato, ma c'è stata anche una forte presenza di sentimenti quali il dubbio, timore, allarme, preoccupazione, sorpresa.
- Il contenuto dell'interazione si basa su una prestazione, che risulta essere il punto di partenza allo scopo di cercare la relazione. Quest'ultima si sviluppa durante l'interazione che può terminare in modo positivo o negativo. Solo in due casi i partecipanti hanno qualificato il raggiungimento della relazione in modo positivo, in altri cinque casi la relazione che è stata raggiunta non era di tipo positivo. I partecipanti parlano di bisogno di sfogarsi da parte del fami-

gliare o di giudicare l'operato. Emerge che il punto di partenza di queste interazioni è una richiesta o una lamentela che il familiare vuole portare all'attenzione degli operatori, emerge che la prestazione nella maggior parte dei casi è l'input che il familiare ricerca per creare un'interazione con l'operatore, per poi costruire una relazione

- I sentimenti che emergono da parte degli operatori verso i familiari alla fine dell'interazione rimangono maggiormente nella disponibilità, ma emergono parole quali il dubbio e il fastidio verso l'interazione.

Riflettendo sull'interazione ciò che è emerso dai partecipanti è la sensazione di essere attaccati e in alcuni casi di essere empatici. Altri hanno effettuato un ragionamento sulla correttezza o meno della metodologia con cui hanno gestito la situazione. La maggior parte ha affermato di aver scritto sul diario assistenziale il contenuto dell'interazione, in modo oggettivo. Ciò che è emerso dal focus group è la difficoltà di relazionarsi con i familiari da parte degli operatori, che mostrano una loro disponibilità verso la relazione, spesso contrastata dalla paura di essere aggrediti o giudicati per il loro lavoro.

Non è stato possibile effettuare il focus group con i familiari per problematiche organizzative da parte dell'APSP Margherita Grazioli, ma da un focus group svolto ad inizio anno con i familiari del nucleo demenza sono emersa sensazione e stati d'animo che mostrano come i familiari vivono il nucleo e le relazioni con i professionisti. Affermano di sentirsi accolti come in una famiglia, reputano le relazioni valide, c'è cortesia e rispetto nelle situazioni normali e in quelle più sensibili. Si sentono coinvolti nell'uso dello strumento del P.A.I. (Piano Assistenziale Individualizzato).

Rilevano una difficoltà nelle comunicazioni, riferiscono che non c'è continuità tra i diversi operatori.

Per concludere, è evidente la continuità con i dati raccolti nella verifica documentale e con il focus group dei famigliari rispetto al nucleo demenza, la formula del Modello Gentilecare funziona. Nei nuclei residenziali la passività verso i famigliari è risultata evidente, sia nei dati raccolti nella verifica documentale, sia dal focus group con i dipendenti che mostra la difficoltà che hanno gli stessi a relazionarsi con i famigliari. Questa analisi è un punto di partenza per l'Azienda che può riconoscere punti di forza e punti di debolezza rispetto all'indicatore del Marchio Q&B preso in esame. Attraverso l'uso dei dati raccolti si può costruire un piano di miglioramento come previsto nel Marchio Q&B, per poi riproporre un'autovalutazione a distanza di un periodo di tempo adeguato che permetta il cambiamento, rifacendo l'analisi dei dati che verrà messa a confronto con i dati raccolti al punto di partenza. Questo porta ad effettuare una valutazione quantitativa e qualitativa rispetto ad un fattore del Marchio Q&B.

CONCLUSIONI

*“Agisci in modo da considerare l'umanità, sia nella tua persona,
sia nella persona di ogni altro, sempre anche come scopo,
e mai come semplice mezzo.”*

Kant

Il mio elaborato mi ha permesso di conoscere la mia professione, quella dell'operatore socio sanitario, da un nuovo punto di vista, quello della mia professione futura, l'assistente sociale. Grazie allo sviluppo di questo elaborato ho imparato l'importanza della valutazione e come essa possa qualificare il lavoro che viene svolto dai professionisti.

Sono partita esponendo l'importanza della valutazione per il servizio sociale, dove è emersa la necessità di legittimare il lavoro svolto dall'assistente sociale, per questo scopo la valutazione è diventata fondamentale e parte integrante delle professioni d'aiuto, proprio come strumento che ne qualifica il lavoro svolto. Mi sono poi addentrata nella valutazione svolta nelle Residenze Sanitarie Assistenziali, dove garantire e certificare prestazioni e servizi di qualità è necessario per un riconoscimento istituzionale e della comunità rispetto al lavoro svolto, ma anche per riuscire a garantire benessere e cure di qualità ai residenti delle strutture.

Con questo quadro di base, mi sono addentrata negli strumenti della valutazione. Partendo dagli approcci maggiormente utilizzati, l'approccio quantitativo, che permette un'analisi dei dati quantificabili numericamente, e l'approccio qualitativo, che permette un'analisi più approfondita su i significati del percorso di valutazione. Ho analizzato alcuni strumenti tecnici utilizzati nel servizio sociale, individuando pro e contro nell'utilizzo degli strumenti soffermandomi sul focus group, strumento che ho poi utilizzato in collaborazione con l'APSP Margherita Grazioli, nella parte

dell'osservatore per specificare nuovi strumenti e tecniche che devono far parte del lavoro dell'assistente sociale come valutatore, quale la riflessività. È emerso che in base al fenomeno che si vuole valutare si possono scegliere gli strumenti più adeguati all'analisi dello stesso.

Questa prima parte della mia tesi ha portato ad esporre il lavoro di analisi che ho svolto in collaborazione con l'APSP Margherita Grazioli. Partendo dallo strumento di valutazione, Marchio Qualità&Benessere, che viene utilizzato dall'azienda con cui ho collaborato, ho svolto un lavoro di analisi dei dati rispetto ad un fattore, da cui ho selezionato un determinante e un indicatore come esposto nell'elaborato. La dottoressa Toniolo dell'APSP Margherita Grazioli, audit dell'azienda e audit esperto per il Marchio Qualità&Benessere mi ha assistito durante questo percorso e aiutato a raccogliere gli elementi necessari per far emergere la rappresentazione e percezione che i diversi professionisti dell'azienda hanno rispetto ai famigliari. Questo mi ha permesso di analizzare un indicatore del Marchio Q&B che ha lo scopo di coinvolgere nell'assistenza i famigliari dei residenti.

In conclusione, da questa analisi è emerso che nel nucleo con persone affette da demenza, che utilizza il metodo denominato Modello Gentlecare, c'è un forte coinvolgimento del familiare, questo aspetto è il risultato di un lavoro svolto dall'azienda con gli operatori che ne fanno parte. Negli altri nuclei presi in considerazione i dati hanno portato una tendenza a vedere il familiare come una presenza passiva, poco partecipe alla vita quotidiana del proprio caro, o una presenza occasionale. Nel focus group i partecipanti hanno sottolineato una loro disponibilità verso il familiare, però c'è un senso di timore e ansia nei confronti degli stessi che possono attaccare la professionalità degli operatori. Vorrei puntualizzare che dal focus group sono emersi maggiormente incontri negativi con

i famigliari, spesso le situazioni dove c'è collaborazione non vengono ricordate in modo così nitido. Questo lavoro di analisi, che ha fatto emergere come viene percepito il familiare all'interno della struttura, è diventato punto di partenza per un progetto di miglioramento.

Attraverso l'uso del Marchio Q&B le aziende possono far emergere punti di forza e punti critici. Il lavoro di analisi da me svolto ha aiutato l'APSP Margherita Grazioli ad individuare i punti di partenza per svolgere un lavoro efficace allo scopo di migliorare le relazioni e interazioni con i famigliari, con conseguente partecipazione attiva degli stessi nella cura dei propri cari.

RINGRAZIAMENTI

Grazie a Fazzi Luca e Toniolo Michela

che hanno creduto in questo progetto e l'hanno reso possibile.

All'APSP Margherita Grazioli che si è resa disponibile

e ha permesso la realizzazione del progetto, rendendolo un lavoro concreto.

Alle persone che durante il lungo percorso di studi hanno creduto in me.

Grazie

BIBLIOGRAFIA:

Libri

ACOCELLA I. (2008), *Il focus group: teoria e tecnica*, FrancoAngeli, Milano.

CAMPANINI A. (2006), *La valutazione nel servizio sociale, Proposte e strumenti per la qualità dell'intervento professionale*, CarocciFaber, Roma.

EVERITT A., HARDIKER P. (1996), *Evaluating for Good Practice*, Macmillan, Basingstoke (UK).

FARGION S. (2009), *Il servizio sociale. Storia, temi e dibattiti*, Laterza, Roma.

ID (2015), *Il metodo del servizio sociale. Riflessioni, casi e ricerche*, CarocciFaber, Roma.

FAZZI L. (2014), *Il lavoro con gli anziani in casa di riposo*, Maggiolino, Santarcangelo di Romagna (RN).

ID (2015), *Servizio sociale riflessivo. Metodi e tecniche per gli assistenti sociali*, FrancoAngeli, Milano.

ILLICH I. (1997), *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Red!, Lavis (TN) (ed. or. 1976).

MACIOCCO G., COMODO N., (2011), *Igiene e sanità pubblica. Manuale per le professioni sanitarie*, CarocciFaber, Roma.

PALUMBO M. (2001), *Il processo di valutazione: decidere, programmare, valutare*, FrancoAngeli, Milano.

SCHÖN D. A. (1993), *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Dedalo, Bari (ed. or. 1983)

Capitoli

DE AMBROGIO U., CIVENTI G. (2007), *Attenzione metodologica e passaggi chiave nello svolgimento delle funzioni valutative professionali*, in DE AMBROGIO U., BERTOTTI T., MERLINI F. (a cura di), *L'assistente sociale e la valutazione. Esperienze e strumenti*, CarocciFaber, Roma, pp. 102-107

FARGION S. (2006), *Valutare il servizio sociale con metodologie qualitative*, in CAMPANINI A. (a cura di), *La valutazione nel servizio sociale, Proposte e strumenti per la qualità dell'intervento professionale*, CarocciFaber, Roma, pp. 93-114.

REID J., ZATTERGREN P. (1999), *Una pratica professionale basata sul dato quantitativo*, in SHAW I., LISHMAN J. (1999), *La valutazione nel lavoro sociale. Approcci e metodi*, Erickson, Trento, pp.55-80

SICORA A. (2006), *Riflessività e autovalutazione nel servizio sociale*, in CAMPANINI A. (a cura di), *La valutazione nel servizio sociale, Proposte e strumenti per la qualità dell'intervento professionale*, CarocciFaber, Roma, pp. 59-75

STAME N. (1998), *La valutazione in Italia: esperienze e prospettive*, in BEZZI C., PALUMBO M. (a cura di), *Strategie di valutazione. Materiali di lavoro*, Gramma, Perugia, pp. 9-25.

Documenti

Carta dei valori. Marchio Qualità e Benessere.

Modello di autovalutazione e valutazione reciproca e partecipata del benessere e della qualità della vita degli anziani nelle residenze per anziani, L'ARTE della QUALITA' della VITA nelle STRUTTURE RESIDENZIALI per ANZIANI, Vademecum per la gestione operativa (Revisione 6 del 27 dicembre 2017). Redatto e revisionato a cura di M. Giordani, E. Negri, M. Iesurum.