

6.

COME “VALUTARE” LA QUALITÀ DEI SERVIZI ALLA FAMIGLIA?

I progetti innovativi e sperimentali (artt. 4 e 5), sottoposti ad una prima valutazione per la selezione di quelli idonei, devono essere “verificati”, durante l’anno di finanziamento, per accertare l’opportunità o meno di liquidare tutti i fondi assegnati. Quali referenti principali di tutto il processo di “valutazione”¹ sono riconosciute le ASL e il Comune di Milano, anche se nella prima fase di selezione dei progetti la responsabilità è affidata ad un organismo più ampio, l’Unità Tecnica di Valutazione², dove si intrecciano più competenze e più livelli di operatività sul territorio. Nella *Tabella 6.1.* viene indicata la composizione dell’Unità Tecnica di Valutazione nel 2000, nel 2001 e nel 2002. Dopo il primo anno, sono stati esclusi anche dalla fase di selezione dei progetti (oltre che da quella successiva di monitoraggio) i rappresentanti del Terzo Settore, come parti in causa, non disinteressate.

¹ Uso questo termine in senso molto ampio.

² L’Unità Tecnica di Valutazione nel 2000 era composta da: Direttore Generale dell’ASL, in veste di presidente; Direttore Sociale del Dipartimento ASSI dell’ASL, in veste di coordinatore; tre rappresentanti delle associazioni di solidarietà tra le famiglie scelte tra quelle presenti in zona secondo il criterio della maggiore rappresentatività; due Sindaci nominati dalla Conferenza dei Sindaci dell’ASL; un rappresentante del Centro di Servizio per il Volontariato territorialmente competente, laddove costituito (D.g.r. n. 49353, 4 aprile 2001)

Tabella 6.1. – La composizione delle Unità tecniche di valutazione nel 2000, 2001 e 2002.

	2000	2001	2002
Direttore generale ASL	sì	sì	sì
Direttore sociale del Dipartimento ASSI dell'ASL	sì	sì	sì
2 sindaci nominati dalla Conferenza dei Sindaci dell'ASL	sì	sì	no
2 funzionari esperti nominato dalla Conferenza dei Sindaci dell'ASL, purché non appartenente al Terzo Settore	no	no	sì
un rappresentante del Centro di Servizio per il volontariato	sì	no	no

Già in tale scelta si cela un'idea di valutazione ancora strettamente connessa a funzioni di controllo e, soprattutto, si indebolisce l'adesione al principio di sussidiarietà, che, in questo caso, implicherebbe di ritenere i soggetti sociali non istituzionali competenti a ricoprire tutti i ruoli richiesti nella realizzazione di un servizio efficace, che comprendono, come parte integrante, l'autovalutazione dei propri interventi. Ma su questo aspetto tornerò più avanti, parlando di *authority* e accreditamento.

La funzione di primo piano che le ASL rivestono nell'attuazione della l.r. 23/99 anticipa, da un certo punto di vista, sia le indicazioni contenute nella l.n. 328/2000, sia quelle del Piano Socio Sanitario Regionale 2002/2004, che attribuiscono loro il ruolo di enti di *programmazione, acquisto e controllo dei servizi* (PAC): in questo senso, insieme agli altri soggetti presenti sul territorio, devono selezionare i progetti sulla base di un'oculata *programmazione* territoriale (in cui vanno equilibrati gli interventi finanziati dalle diverse leggi), assegnare loro i finanziamenti (in un certo senso, dunque, *acquistarli*) ed esercitare una funzione di *controllo*, che vada al di là della semplice rendicontazione finanziaria, per entrare nel merito di una valutazione complessiva dell'efficacia.

In questa prospettiva, il percorso di formazione, realizzato dall'équipe del Centro Studi e Ricerche sulla Famiglia, si è venuto configurando come uno strumento attraverso il quale l'Ente pubblico – nella fattispecie, le ASL, come rappresentanti della Regione sul territorio – avrebbe potuto avvicinarsi con maggiore consapevolezza ad un nuovo sistema di gestione dei servizi alla persona (in questo caso sul versante

sociale, più che sanitario), basato sul coinvolgimento del Terzo Settore (secondo quanto preconizzato dagli ultimi interventi legislativi), come serbatoio di iniziative innovative e sperimentali.

L'obiettivo dell'intervento formativo era quello di portare l'istituzione pubblica, preposta alla valutazione, a modificare i propri consueti parametri di controllo, per entrare in relazione dialogica con nuovi soggetti.

Come abbiamo avuto modo di constatare, il primo anno di attuazione della legge (in particolare degli articoli relativi ai progetti innovativi e sperimentali e alle associazioni di solidarietà familiare), si può dire sia stato *un grande "laboratorio" di idee e metodologie* che si sono definite e perfezionate attraverso un dialogo continuo tra tre soggetti:

- *i funzionari della Regione*, che hanno implementato e sostenuto il processo di attuazione della legge,
- *i referenti delle ASL*, che hanno svolto un ruolo critico incisivo, mettendo in luce con molta chiarezza i problemi legati alla traduzione nel concreto del provvedimento legislativo,
- *l'équipe di ricerca* del Centro Studi e Ricerche sulla Famiglia dell'Università Cattolica, che ha accompagnato il processo, supportandolo con studi di approfondimento e attraverso la costruzione di strumenti operativi per facilitare la rilevazione dei dati e la valutazione dei medesimi.

Il corso di formazione, inizialmente pensato come insieme di "lezioni frontali" (si erano ipotizzati tre momenti), finalizzate a trasmettere competenze, si è trasformato in un percorso formativo interattivo, in cui le modalità di valutazione dei progetti si sono delineate via via in un confronto serrato tra i tre soggetti implicati (funzionari, referenti, équipe di ricerca), sulle prime caricato di una certa conflittualità, ma poi sempre più collaborativo e improntato ad una critica costruttiva. L'iniziale contrasto è dipeso dalla visibile ostilità dei referenti delle ASL ad assumere il ruolo loro richiesto, ritenendo di non disporre delle risorse materiali e temporali necessarie a svolgere tale compito inconsueto.

Il progetto formativo ha avuto come interlocutori i *15 referenti per la l.r.23/99 delle ASL lombarde e del Comune di Milano*, che sono stati incontrati in *10 momenti* successivi a partire dal febbraio del 2001. Gli in-

contri hanno sempre visto la presenza di almeno due membri della nostra équipe.

Obiettivo primario degli incontri di formazione è stato quello di *supportare la transizione ad una nuova prospettiva culturale*, in sintonia con le intenzioni espresse dalla legge sulle politiche familiari (implementazione del principio di sussidiarietà, comprensione dei servizi come servizi alla persona, promozione della cultura associativa, ecc.), per tradurla in criteri utili a realizzare un processo di valutazione non tanto (o, almeno, non solo) dell'*efficienza* dei progetti, quanto della loro *efficacia e qualità*.

Il tema del *controllo della qualità dei servizi predisposti da organizzazioni di Terzo Settore* sta diventando sempre più rilevante anche nel nostro paese, dove negli ultimi anni sono stati emanati alcuni provvedimenti legislativi che spingono le istituzioni pubbliche a coinvolgere nella gestione dei servizi alla persona soggetti “diversi”. Fino a qualche anno fa, prevaleva la logica del finanziamento “a pioggia”, legato non tanto all’attività svolta, ma all’identità del soggetto, che veniva “premiato” (soprattutto attraverso un sistema di privilegi fiscali), se legalmente riconosciuto (attraverso registri, albi, ecc.), ovvero sottoposto ad una serie di controlli (preventivi, in itinere ed *ex post*), di carattere giuridico e amministrativo.

Provvedimenti legislativi quali la l.n. 285/97 “Disposizioni per la promozione di diritti ed opportunità per l’infanzia e l’adolescenza” e la l.r. 23/99 della Regione Lombardia, rappresentano una svolta nella relazione tra pubblico e privato sociale, promuovendo un nuovo sistema di finanziamento, che premia i soggetti solo attraverso la loro capacità progettuale e la predisposizione di servizi di qualità.

L’identità diventa in questi casi solo uno dei requisiti, che – a seconda della tipologia di servizi che si desidera promuovere – può avere un peso più o meno significativo: nel caso della legge lombarda pesa l’appartenenza al Registro delle associazioni di solidarietà familiare, perché dovrebbe essere una garanzia di maggior adesione alla cultura “familiare” promossa dalla legge.

Il dibattito sulle forme di controllo dell’operato delle organizzazioni di Terzo Settore finanziate è molto acceso in paesi quali la Gran Bretagna dove la riforma della legge della sanità e dell’assistenza (The

NSH ad Community Care Act, 1990) ha imposto l'obbligo per le amministrazioni locali di esternalizzare i servizi al Terzo Settore e a imprese *for profit*, in una logica di “quasi mercato”, basata sul sistema degli appalti concorrenziali (Johnson N., Jenkinson S, *et al.*, 2001).

Nel nostro paese, la prospettiva della concorrenza tra soggetti pubblici, privati e di privato sociale è ancora remota. La fase che stiamo attraversando è quella in cui il pubblico sta aprendosi a nuovi modelli di qualità nell'offrire servizi alla persona e ha trovato un interlocutore molto interessante nel Terzo Settore, al quale offre l'opportunità di rinnovare il campo socio-assistenziale tradizionale con interventi innovativi e sperimentali.

In questo contesto, il controllo della qualità assume una valenza specifica: non si tratta solo di comparare tra loro servizi simili (con un buon livello di standardizzazione), in un sistema concorrenziale dove agiscono soggetti dotati di codici d'azione differenti; va, invece, ponderata l'opportunità di promuovere servizi del tutto nuovi, e individuate le soluzioni più efficaci, mettendo in secondo piano i parametri di efficienza, per valorizzare al massimo il codice d'azione del privato sociale.

Da questo punto di vista, è indispensabile comprendere cosa significhi servizio alla persona e, più specificamente, alla famiglia e quale sia il valore aggiunto ad essi dispensato dai soggetti di Terzo Settore. Al di fuori di una simile riflessione, il controllo rischia di trasformarsi – come ho già anticipato nel capitolo 4 – nel «tentativo di estendere il codice della legalità anche ai soggetti “altri”» (Ranieri, 2001, p. 76).

6.1. OBIETTIVO: VALUTARE SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA FAMIGLIA

La transizione dei sistemi tradizionali di *welfare* verso forme più complesse (il cosiddetto *welfare mix* o *welfare plurale*) sta avvenendo parallelamente alla crescita del Terzo Settore come soggetto erogatore di benessere. L'affermazione della logica della “normalizzazione” che raccomanda il mantenimento (fin dove è possibile) della persona nel suo sito naturale (nell'ambito delle sue relazioni di mondo vitale), fa-

cendo «flettere e dis-articolarsi attorno ai suoi bisogni» (Ranieri, 2001, p. 71) tutto il sistema dell'assistenza, comporta necessariamente una diversificazione dei soggetti legittimati ad intervenire e una valorizzazione di quelli dotati di una maggiore "prossimità" ai mondi della vita dei soggetti stessi. Questa trasformazione apre un notevole spazio d'azione per il Terzo Settore, che diventa sempre di più un partner insurrogabile del sistema d'offerta. L'apertura al privato sociale, tuttavia, ha provocato reazioni a catena che hanno progressivamente modificato l'idea stessa di qualità dei servizi assistenziali: anche il termine "assistenza" è risultato obsoleto. Il nuovo dizionario del *welfare* utilizza più propriamente la locuzione "servizio alla persona".

Parlare di servizio alla *persona*, significa far riferimento a modalità di intervento incentrate sulla *personalizzazione*. Essa riguarda sia lo *stile di erogazione dell'intervento*, contrapponendosi a *standardizzazione*, sia più ampiamente lo *stile delle relazioni* che a vario livello vengono attivate tra chi eroga ed i destinatari delle prestazioni e che dovrebbero perdere i caratteri dell'impersonalità, della burocratizzazione, dell'eccessivo formalismo, che caratterizza i rapporti tra erogatori e utenti nell'ambito dei servizi tradizionali.

Il termine *personalizzazione* mette chiaramente in luce che la risposta al bisogno, offerta attraverso la realizzazione di un servizio assume un carattere *relazionale*: ovvero, la risposta ha come fulcro non tanto (o non solo) la prestazione in sé, quanto la relazione che si instaura tra colui che offre la prestazione e colui che la riceve. Ciò consente di calibrare l'intervento rispetto alle esigenze specifiche di ogni individuo (si parla cioè di servizio personalizzato). Il prodotto di tali servizi è, di conseguenza un *bene comune relazionale*, ovvero un bene che, per essere prodotto, necessita della condivisione (*sharing*) tra chi offre l'intervento e chi lo riceve (Donati, 2003, pp. 314-315). Lo stesso termine "prodotto" appare, a questo punto, inadeguato e surrogabile col più pertinente "risultato": la lingua inglese preferisce *outcome* ad *output*, esplicitando le dimensioni relazionali e processuali dei servizi alla persona (Rossi, 1999, p. 146).

6.1.1. Servizi convenzionali e servizi alla persona

È opportuno approfondire l’analisi delle caratteristiche dei servizi alla persona, perché solo individuandole è possibile delineare indicatori in grado di misurarle. Esse emergono in modo più chiaro, per confronto con quelle dei servizi convenzionali.

Le due tipologie si rifanno a due modelli differenti di intervento sui bisogni (Folgheraiter, 2001a, p. 88): il modello medico/tecnologico (*curing*) e il modello dell’*empowerment* (*caring*), sintetizzati nella Figura 6.1.

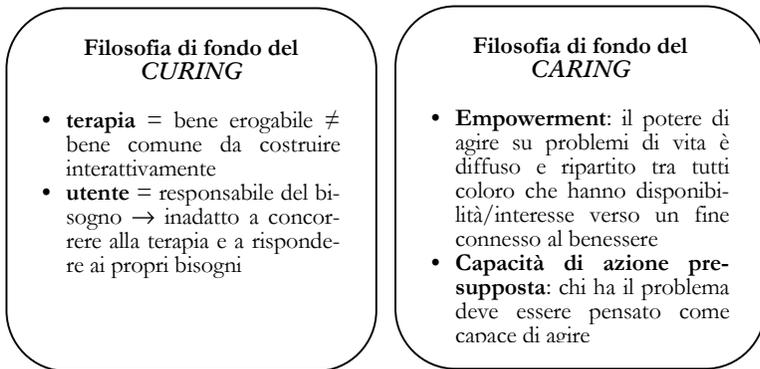


Figura 6.1. – I modelli di intervento del CURING e del CARING.

Il modello del curing è basato su un’idea medica sia della terapia che dell’utente, la prima vista come bene erogabile (con una distinzione netta tra soggetto erogatore e utente della prestazione), il secondo, identificato come la “causa” del suo bisogno e, quindi, non implicabile attivamente nella risposta ad esso.

Il modello del caring, invece, legge la terapia come empowerment, ovvero come bene da costruire interattivamente, ripartendo le responsabilità tra tutti coloro che hanno “relazioni” con il problema/bisogno, e presuppone che l’utente sia capace di agire, per rispondere ai propri bisogni. Né l’origine del bisogno, né la risposta ad esso è attribuita ad un solo soggetto, ma ricercata nell’ambito delle “reti di

fronteggiamento” che si catalizzano dentro il contesto della vita quotidiana, condensandosi entro una trama di relazioni flessibili (di parentela, di vicinato, di amicizia o di mutuo-aiuto), «che continuamente si fa e si disfa, dipanandosi lungo l’asse del tempo» (Folgheraiter, 2001b, p. 32). Tutti i soggetti di queste reti, anche quando risultano limitati, vanno considerati decisori “sensati” (agli occhi di chi riceve l’aiuto e non a quelli di un osservatore esterno, per il quale possono anche risultare insufficienti).

La rete che “primariamente” (non solo in ordine di tempo, ma di valore relazionale) va coinvolta nella soluzione del bisogno è quella familiare, perché la famiglia è il luogo privilegiato della cura della persona, è il luogo dove avviene la massima personalizzazione delle “prestazioni”. Si può, anzi, dire che il livello più elevato di personalizzazione sia la *familiarizzazione*.

6.1.2. Da “personalizzazione” a “familiarizzazione”

Il percorso che porta a preferire a “personalizzazione” il più specifico “familiarizzazione” è parallelo al consolidarsi di un fenomeno che in Italia ha radici lontane, ma che sta assumendo una propria fisionomia specifica solo in questi ultimi anni: l’associazionismo familiare. *Familiarizzazione* e *personalizzazione* non sono due concetti alternativi, ma vengono utilizzati, da chi abbraccia la prospettiva relazionale, quasi come sinonimi: l’idea di *familiarizzazione*, aggiunge alla prospettiva della personalizzazione, la considerazione del fatto che colui al quale è destinato il servizio (l’utente) non è l’individuo, ma un soggetto *con* la rete di relazioni in cui è inserito, innanzitutto quelle familiari, che rappresentano il primo “produttore” del benessere delle persone.

La riflessione sulla natura del *welfare*, su quali siano i soggetti che meglio possono contribuire alla sua produzione e all’incremento del benessere sociale, ha portato gradatamente a valorizzare la dimensione relazionale del *well-being*, contrapponendosi al paradosso del nostro tempo, che concepisce il benessere in termini individualistici, esclusivamente come promozione dell’autonomia e dell’autorealizzazione individuale. Nella nostra società il benessere è per lo più inteso secondo i

codici propri del mercato e dello stato, che lo riconducono ad aspetti quali la limitazione delle costrizioni reciproche, le possibilità di realizzazione personale, la tutela degli interessi individuali e della *privacy*, e lo misurano, fondamentalmente, in termini di capacità di consumo. Ciò erode alla base il benessere familiare, generando come effetto secondario una riduzione complessiva del benessere dell'intera società: l'accentuazione dei comportamenti individualistici, minaccia il medesimo senso di appartenenza alla società e la capacità dell'individuo di concorrere al bene comune del contesto sociale a cui appartiene.

Al contrario, riconoscendo il ruolo primario della famiglia nella produzione del benessere delle persone e della società, non è più sufficiente parlare di personalizzazione dei servizi, ma è indispensabile connettere tale idea a quella dell'attivazione dei codici di azione più specificamente familiari. La riflessione sulla familiarità dei servizi è ancora all'inizio. Come ho già avuto modo di segnalare, la ricerca relazionale sulla l.r. 23/99 ha consentito di esplicitare meglio cosa significhi operare in modo “familiare”.

Una volta chiarito a livello teorico cosa si intende con servizio alla persona e alla famiglia, è indispensabile poter tradurre il costrutto in indicatori concreti, il primo dei quali è la natura del progetto da cui è nato.

Già nel capitolo 4, parlando di progettazione, sono stati individuati modelli differenti, che rispecchiano approcci contrapposti di intervento. Infatti, la “relazionalità” del servizio nasce insieme al progetto: non può scaturire un servizio di *care*, da un progetto a carattere “sinottico-razionale”, basato su una causalità lineare, chiuso ad ogni tipo di flessibilità, di possibilità di riorientare le decisioni, di riflessione sugli effetti della propria azione. Nel progetto di tipo “euristico”, viene, invece, estremamente valorizzata la dimensione relazionale: la definizione stessa del problema avviene nel confronto tra tutti i soggetti implicati e viene dato massimo rilievo alla processualità, ovvero, alla necessità di verificare continuamente gli effetti della propria azione, per eventualmente ricalibrare gli interventi e/o coinvolgere altri soggetti della rete, che si rendano via via disponibili.

Realizzare servizi di questo tipo, che sposino integralmente il modello dell'*empowerment* è un obiettivo non semplice da raggiungere:

non è sufficiente cambiare la denominazione dei servizi di *welfare*, passando da *servizi assistenziali* a *servizi alla persona*. Infatti, appare evidente una crescente difficoltà a rispondere ai bisogni della persona con interventi erogati per via istituzionale, ad indicare che le politiche sociali devono mettere a fuoco con maggiore precisione quali siano i passi necessari per implementare servizi che non siano “alla persona” solo a parole. In questo senso, diventa sempre più rilevante il tema della “qualità”, che, sviluppatosi nel settore mercantile e funzionale alla competitività dei prodotti *for profit*, cresce d’importanza parallelamente alle organizzazioni di Terzo Settore che appaiono come erogatori esperti di servizi alla persona, facendo leva su una qualità di natura profondamente diversa, caricata di elementi specifici della cultura del *non profit*, che si declina in termini di flessibilità, personalizzazione e prossimità al bisogno, all’insegna del codice specifico della solidarietà.

6.1.3. Le componenti del frame “qualità” dei servizi alla persona e alla famiglia

Come appare evidente, il concetto di qualità è composito e assume sfumature anche notevolmente differenti, a secondo che si tratti di servizi di mercato, pubblici o erogati dal Terzo Settore e a secondo dell’ambito di intervento all’interno del quale si colloca il servizio (diversa è la pregevolezza di un intervento di tipo sanitario, diversa quella di un servizio educativo).

In questa sede, mi soffermerò solo sulle macro-componenti, che costituiscono il *frame* entro il quale ricondurre la qualità dei servizi alla persona.

In prima istanza è possibile identificare nella qualità *elementi oggettivi* ed *elementi soggettivi*, che si combinano in modo insolubile. Boccacini (2001, p. 14) li descrive così:

- «tra gli elementi *oggettivi* che determinano la qualità di un servizio alla persona rientrano le strutture, le risorse economiche, informative ed umane, le attrezzature, le tecnologie avanzate;
- tra gli elementi *soggettivi*, determinanti sono la cultura espressa dall’organizzazione, dagli operatori e dai destinatari delle prestazioni, le

motivazioni sottese all'azione di tutti gli attori implicati nel processo di aiuto, la soddisfazione attesa e percepita da coloro che ricevono l'intervento e da coloro che hanno contribuito a realizzarlo».

Valutare la qualità di un servizio, a prescindere dalla considerazione del soggetto sociale erogatore è, tuttavia, un'operazione del tutto parziale, trattandosi di servizi *alla persona*, dove le modalità di relazioni tra i soggetti (erogatori e utenti) è fondamentale.

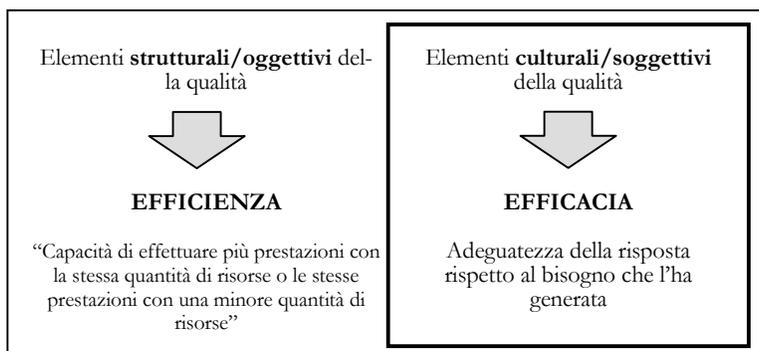


Figura 6.2. – Le dimensioni dell'efficienza e dell'efficacia nella valutazione dei servizi alla persona (Fonte: Boccacin, 200, p. 16).

Qual è la modalità specifica d'azione dei soggetti di Terzo Settore che diventa discriminante nell'erogazione di servizi alla persona?

In termini generali, vanno considerate le motivazioni prosociali, «la prossimità, a volte anche empatica, al bisogno, la cura alla persona e ai suoi bisogni come elemento qualificante dell'azione, non per imposizione e comando o per profitto, ma per reciprocità e solidarietà» (Boccacin, 2001, p. 15); nello specifico, trattandosi di servizi attivati nell'ambito della l.r. 23/99, con i presupposti culturali, che la caratterizzano, va aggiunta alla definizione della qualità, una dimensione precipua, la *familiarità*.

È evidente che nell'analisi di servizi di questo tipo non è possibile focalizzare l'attenzione solo su parametri di *efficienza*, intesa come la «capacità di effettuare più prestazioni con le stesse quantità di risorse o

le stesse prestazioni con una minore quantità di risorse» (Foglietta, 1995), mentre è indispensabile introdurre indicatori che rilevino l'*efficacia*, in quanto *adeguatezza della risposta al bisogno che l'ha generata*, che implicano la considerazione di elementi non solo strutturali/oggettivi, ma anche culturali/soggettivi (Figura 6.2) e che, soprattutto, siano capaci di mettere in luce la "familiarità" dell'intervento.

6.1.4. OSSERVAZIONE: le quattro dimensioni della qualità

Il modello a cui si è fatto riferimento per osservare e analizzare tutte le componenti del *frame* qualità è – in sintonia con l'approccio della ricerca relazionale – basato sulle quattro dimensioni di AGIL, rappresentate dalle *risorse*, economiche e non, di cui ogni organizzazione usufruisce per approntare il servizio, dalle *finalità* che attraverso di esso l'organizzazione persegue, dalla presenza di un *complesso normativo* formalizzato ed informale, che permette una *integrazione* cooperante e fruttuosa tra tutti i soggetti coinvolti nel processo di aiuto e, infine, anche se non ultima in ordine di importanza, dalla *cultura* che genera e alimenta l'intero processo (Boccacin, 2001).

Nella valutazione dei progetti si devono, dunque, prendere in considerazione quattro serie di indicatori che "misurano" l'efficacia raggiunta rispetto alle quattro dimensioni:

- *le risorse utilizzate* – risorse umane impiegate, con particolare riferimento alla loro composizione (volontari, obiettori, personale retribuito, specializzato) e al coinvolgimento di figure "familiari", risorse finanziarie ed economiche;
- *gli obiettivi*, le finalità e gli scopi specifici del progetto, con un'attenzione particolare sempre rivolta alla volontà di intervenire su e attraverso le relazioni familiari;
- *le regole di funzionamento che consentono di promuovere le relazioni* – da un *punto di vista interno*, le norme e le regole si riferiscono al rapporto con l'utenza, con cui le organizzazioni stipulano un "contratto"; da un *punto di vista esterno*, si tratta, invece, di considerare le relazioni con altre organizzazioni di Terzo Settore, di mercato, o con le pubbliche amministrazioni;

- *i valori di riferimento e le motivazioni* – cultura che permea l’azione e volontà/capacità di aiutare le famiglie a riflettere sul proprio modo di essere e pensarsi come famiglia.

La considerazione complessiva di tutti questi elementi consente di “osservare” la *qualità*, analizzandone tutte le componenti, che fanno capo a dimensioni sia *oggettive* (strutturali), sia *sogettive* (culturali), legate da una parte all’idea di *efficienza* e dall’altra a quella di *efficacia* e che, sempre, contengono un riferimento alla “familiarità”.

6.2. METODOLOGIE E STRUMENTI ELABORATI – BANDO 2000

La sensibile distanza dei referenti delle ASL e del Comune di Milano dall’approccio e dal modello di valutazione dell’efficacia che si riteneva più adeguato alla tipologia di servizi da monitorare, ha portato l’équipe di ricerca a non limitarsi – com’era nel progetto formativo originario – a fornire un quadro culturale e teorico, lasciando ai referenti la responsabilità di scegliere ed elaborare gli strumenti per monitorare i progetti, ma ad elaborare due *schede per il monitoraggio dei progetti innovativi e sperimentali*, che potessero fungere da supporto empirico-pratico per il monitoraggio e per l’individuazione dei parametri di qualità di ciascuno degli ambiti di intervento previsti dagli artt. 4 e 5.

Tabella 6.2. – *Strumenti e funzioni per il monitoraggio/la valutazione dei progetti attivati col bando 2000 della l.r. 23/99.*

STRUMENTI	FUNZIONI
Schema tecnico di presentazione dei progetti	Selezione
Scheda per il monitoraggio dei progetti innovativi e sperimentali - valutazione in itinere	Monitoraggio/enucleazione della qualità degli interventi
Scheda per il monitoraggio dei progetti innovativi e sperimentali - valutazione finale	Monitoraggio/enucleazione della qualità degli interventi

Si è pensato di utilizzare più strumenti di analisi in diverse fasi temporali: se la processualità è un elemento di qualità dei progetti, occorre osservarli in momenti differenti. Nel complesso, il materiale che i valutatori hanno avuto a disposizione nel primo anno di attuazione della l.r. 23/99 è presentato nella *Tabella 6.2*.

6.2.1. Lo schema tecnico per la presentazione e selezione dei progetti

Lo “Schema tecnico di presentazione dei progetti innovativi e sperimentali attuativi dell’art. 4, commi 2, 10, 11 e 12 l.r. 23/99” è lo strumento usato dai soggetti proponenti per presentare i progetti alle ASL. Le informazioni ivi contenute, pur con tutti i limiti individuati nel capitolo 4, sono state la base di partenza vincolante. Su di esse si è basata la prima selezione, finalizzata alla formazione delle graduatorie per il finanziamento. Costituiscono anche l’unica fonte informativa sui progetti, con la quale confrontare gli interventi attivati effettivamente durante l’anno di finanziamento.

6.2.2. Le schede per il monitoraggio

L’impostazione della fase di osservazione e valutazione degli interventi attivati con i finanziamenti assegnati a ciascun progetto cartaceo ha avuto come primo obiettivo quello di cercare di colmare il *gap* informativo, raccogliendo dati più analitici e strutturati. Si trattava innanzitutto di circoscrivere l’oggetto, anzi gli 11 oggetti di osservazione e valutazione: gli ambiti di intervento finanziati nel 2000.

Come ho già osservato in precedenza, la voluta innovatività e sperimentali degli interventi ha fatto sì che, nel primo anno, le delibere attuative dessero quasi “carta bianca” ai soggetti proponenti sulle possibili direzioni da percorrere nel progettare entro un determinato ambito. Inoltre, come sappiamo, inizialmente, non è stato posto neppure l’obbligo di circoscrivere i progetti ad un solo ambito, dando l’opportunità di formulare ipotesi composite, con possibilità di sviluppo eterogenee.

In quest’ottica, non si può parlare in senso stretto di valutazione e neppure di monitoraggio, anche se si è voluto utilizzare questi termini ad indicare che, comunque, il processo era iniziato e che si sarebbe completato “per tentativi ed errori”, attraverso le successive edizioni dei bandi. La *finalità* degli strumenti predisposti è stata così, innanzitutto, *esplorativa*: arrivare ad una maggiore definizione di alcuni requisiti minimi da rispettare nella realizzazione degli interventi, facendo emergere in modo induttivo le “pratiche migliori” (*best practises*).

Sono state predisposte due schede, per indurre i referenti delle ASL e del Comune di Milano ad avvicinare i progetti almeno due volte nel corso dell’anno di finanziamento e per introdurre la variabile tempo nel concetto di valutazione, obbligando sia i valutati che i valutatori a verificare con periodicità gli interventi.

Le schede affiancano sempre *elementi quantitativi* ed *elementi qualitativi*:

- il *dato quantitativo* doveva consentire di far acquistare al valutatore maggiore consapevolezza delle caratteristiche specifiche dell’intervento da osservare e di mettergli a disposizione, alla fine del processo, indicatori che permettessero di definire “parametri di qualità” significativi per ciascuno degli ambiti sperimentali;
- la possibilità di esprimere *giudizi di tipo qualitativo*, era invece finalizzata a premiare la competenza ed esperienza del valutatore, e soprattutto la conoscenza diretta degli enti proponenti i progetti, che avrebbe consentito di valorizzare anche i progetti validi, ma “scritti” e documentati in modo poco chiaro o inesperto, in parte per la sperimentality degli interventi, in parte per la non consuetudine a “mettere su carta” le proprie buone idee.

La costruzione delle due schede è avvenuta successivamente a due incontri esplorativi con i referenti delle ASL, che hanno portato immediatamente alla luce il nodo critico fondamentale da superare nel periodo di monitoraggio dei progetti, ovvero la distanza eccessiva tra loro, investiti del compito di valutare, e i progetti, oggetto di valutazione. La lontananza era sia culturale che fisica: la sperimentality e innovatività dei progetti e la particolare tipologia di soggetti, appartenenti al Terzo Settore, implicavano da parte del valutatore un notevole sforzo per entrare in sintonia con idee e modalità d’azione inusitate e soprat-

tutto in contrasto con la cultura e la prassi dell'ASL, legate ancora ad un approccio convenzionale ai servizi e al controllo da esercitare su di essi, basato essenzialmente su parametri di efficienza; oltre alla distanza culturale, anche quella fisica tra l'ente ASL e il progetto realizzato localmente hanno pesato sull'andamento del processo di valutazione.

Le schede sono strutturate in modo tale da consentire l'attribuzione a ciascun progetto di un punteggio complessivo, costruito attraverso una molteplicità di indicatori, che fanno capo ad alcune sezioni tematiche, pensate nell'ottica del modello AGIL³:

- utenza (A);
- risorse umane impegnate nel progetto (A);
- piano operativo e capacità di autovalutazione (G);
- aree problematiche (G);
- estensione della "rete" (I);
- *empowerment* della famiglia (L);
- *empowerment* della comunità (L).

Per ognuna di esse si richiedeva l'espressione di un giudizio con un punteggio da 0 a 5, in cui 0 rappresentava il giudizio più negativo e 5 il più positivo. Nella maggior parte dei casi il risultato non è la somma algebrica di punteggi oggettivi, l'espressione di una valutazione soggettiva, basata sulla competenza ed esperienza del valutatore⁴.

Molti degli indicatori si ripetono nella scheda per la valutazione in itinere e in quella finale. Tale ripetizione è motivata dalla volontà di osservare l'evolvere di aspetti ritenuti determinanti per la buona riuscita dei progetti – fruitori, risorse umane, relazioni – e per raccogliere informazioni sulla stessa dimensione al tempo 1 (progetto), al tempo

³ La ricollocazione degli indicatori all'interno del modello AGIL è in questa fase ancora approssimativa, perché la sperimentale e innovatività dei progetti richiede una particolare cura nell'analisi di ciascun elemento costitutivo della qualità dei servizi realizzati: solo una rilettura complessiva dell'intero processo e un confronto puntuale tra i vari ambiti consentirà di elaborare in ultima battuta una reinterpretazione in chiave relazionale dell'efficacia degli interventi.

⁴ Ad esempio, la valutazione delle risorse umane impiegate nel progetto è il frutto della combinazione di più dimensioni: congruenza delle professionalità, equilibrio tra personale retribuito e personale volontario, qualità dell'azione volontaria, etc.

2 (fase intermedia di realizzazione) e al tempo 3 (conclusione del periodo di finanziamento). In questo modo, è possibile anche far emergere l'evoluzione del progetto “cartaceo” e l'eventuale ridefinizione del problema e degli obiettivi iniziali nell'ambito di un lavoro di rete con altri soggetti attivati successivamente all'ideazione del progetto.

Il fine non è, dunque, quello di misurare la qualità rispetto a parametri dati e neppure di farla dipendere dall'accertamento di una corrispondenza tra progetto cartaceo e intervento realizzato. In questa fase si mira soltanto (e non è poco) ad enucleare le componenti della qualità degli interventi. Ossia, gli *items* rappresentano uno strumento per comprendere il valore degli interventi realizzati e tradurlo successivamente in parametri. Per questo motivo, ad ogni punto espresso, si chiede di far corrispondere un'illustrazione analitica del significato che esso assume: le schede sono pensate per coniugare l'esigenza di una certa standardizzazione, con quella di mantenere ampi margini di discrezionalità. È possibile, ad esempio considerare l'incremento di personale rispetto a quanto dichiarato in fase progettuale sia come un fatto positivo, sia negativo, a discrezione del valutatore, invitato a spiegare le ragioni di tale giudizio. In tal modo, si ipotizza di poter ricostruire a posteriori la fisionomia degli interventi di qualità, con una capacità sempre maggiore di discriminare gli elementi qualificanti di ciascuno degli 11 ambiti di intervento.

6.2.3. DIAGNOSI: quale l'esito del primo anno di “valutazione”?

La scelta compiuta dalla Regione, esplicitata nell'art. 4 della l.r. 23/99, è quella di sostenere la famiglia, lasciando che siano le famiglie stesse o le organizzazioni di privato sociale ad esse più prossime (sia in senso materiale, sia come “codice” d'azione) ad inventare e sperimentare servizi, per i quali non vengono stabiliti a priori standard qualitativi a cui conformarsi: sarà piuttosto la Regione che, alla fine del percorso di attuazione dei progetti, potrà raccogliere dati sulla “qualità” dei progetti stessi, come esito del processo di valutazione, che è uno requisito cardine della stessa legge.

Come abbiamo avuto modo di constatare, il carattere valuta-

mente innovativo e sperimentale dei progetti (il finanziamento è subordinato all'innovatività e sperimentalità) fa sì che la verifica della loro efficienza ed efficacia sia finora avvenuta nella quasi totale assenza di requisiti predefiniti. Così, il processo di valutazione si è venuto a configurare come strumento per arrivare ad un'identificazione "dal basso" (per via induttiva) dei parametri di qualità di servizi.

L'importanza attribuita a tale processo è dimostrata anche dalla serietà con cui si è inteso preparare i referenti delle ASL allo svolgimento di un compito per loro assolutamente nuovo e lontano dalla cultura "burocratica" e "amministrativa" che ha caratterizzato la loro azione fino alla l.r. 23/99.

Negli incontri effettuati, l'équipe di ricerca del Centro Studi e Ricerche sulla Famiglia ha registrato un graduale, ma continuo, "rinnovamento" culturale dei referenti ASL, che ha consentito di superare l'ostilità iniziale, legata – come già evidenziato – non tanto al rifiuto della nuova modalità di approccio alle politiche per la famiglia, ma al timore di dover sopportare un carico di lavoro troppo elevato.

Al termine del primo anno di formazione, è stato possibile osservare con soddisfazione che i protagonisti del processo di valutazione si sono sicuramente "appassionati" al compito che – pur con molta fatica, perché il carico di lavoro è stato veramente notevole – hanno svolto e si sono trasformati – in buona parte dei casi – da meri "reettori" di segnali, nell'ambito di una comunicazione inizialmente a senso unico, in "emittenti" esperti, che hanno svolto un ruolo determinante nella ridefinizione sia degli obiettivi sia degli strumenti per monitorare i progetti.

Tuttavia, a seguito di ripetuti cambiamenti nello staff regionale responsabile dell'attuazione della l.r. 23/99, che hanno provocato inevitabili interruzioni e alterazioni di tutto il meccanismo legato ai progetti (con sovrapposizione di richieste e di formulari per la raccolta dei dati), non è stato possibile portare a termine il monitoraggio attraverso la strumentazione predisposta dall'équipe di ricerca, che è rientrata in possesso di un numero troppo esiguo di schede compilate per poter trarne delle conclusioni generalizzate.

Inoltre, l'eccessivo carico di lavoro legato al sovrapporsi dei bandi, che ha coinvolto i referenti in più processi contemporanei (valuta-

zione del 2000, selezione del 2001, ecc.), ha impedito loro di “entrare” nei progetti, osservando da vicino gli interventi nel loro farsi, ed è quindi risultato impossibile, per la maggior parte, superare il livello della valutazione di tipo amministrativo contabile, ovvero del mero controllo.

Proprio sulla base dell’esperienza maturata dalle ASL e dalla critica costruttiva che ne è nata, è stato impostato il monitoraggio dell’anno 2001, attualmente in corso, che consentirà di approfondire notevolmente la conoscenza degli interventi realizzati.

6.3. METODOLOGIE E STRUMENTI ELABORATI – BANDO 2001

A partire dalle schede messe a punto per la valutazione dei progetti finanziati nel 2000 è stato completamente ripensato il ruolo dei referenti delle ASL e del Comune di Milano, per venire incontro alla problematica riscontrata nel monitorare i progetti del 2000. La *Tabella 6.3.* sintetizza i punti salienti della *DIAGNOSI* e della *GUIDA RELAZIONALE*, relative alla fase di monitoraggio dei progetti.

Tabella 6.3. – Dal monitoraggio dei progetti 2000 al monitoraggio dei progetti 2001.

<i>DIAGNOSI</i>	<i>GUIDA RELAZIONALE</i>
la distanza tra osservatori e interventi realizzati è troppo ampia per chiedere ai valutatori un’ “osservazione partecipata” dei progetti, tale da consentire valutazioni qualitative avvedute	predisposizione di 10 questionari strutturati per la rilevazione distinta dei dati relativi ad ogni ambito d’intervento
è impossibile per i referenti delle ASL e del Comune di Milano attuare una vera e propria valutazione dei progetti → gli si può chiedere soltanto di rilevare dati di tipo strutturato e di effettuare un controllo amministrativo-contabile	il ruolo dei referenti delle ASL e del Comune di Milano passa da quello di valutatori a quello di osservatori e controllori
ci si deve accontentare di osservare analiticamente	

È emersa qui con molta evidenza l'ambiguità di affidare la valutazione a soggetti contemporaneamente tenuti ad esercitare un controllo sulla legittimità dei finanziamenti attribuiti ai progetti, dai quali, inoltre, restano eccessivamente distanti sia da un punto di vista culturale, sia da un punto di vista fisico.

In questo senso, nell'ambito del progetto 2001 della ricerca relazionale del Centro Studi e Ricerche sulla Famiglia, è in corso di realizzazione il sottoprogetto finalizzato alla realizzazione di un monitoraggio quantitativo dei progetti finanziati nel 2001: esso consiste nella predisposizione di 10 schede per la rilevazione di dati oggettivi sugli 8 ambiti dell'art. 4 e sui 2 dell'art. 5 attivati nel 2001 (1 in meno del 2000) (*Tabella 6.4.*), inviate alle ASL nel marzo 2003, che verranno compilate dai referenti insieme agli enti gestori dei progetti entro agosto 2003, e consegnate al Centro Studi e Ricerche sulla Famiglia per l'elaborazione e il commento dei dati.

Tabella 6.4. – Gli schemi tecnici per il monitoraggio dei progetti innovativi.

Schema tecnico per il monitoraggio dei progetti innovativi	Riferimento nell'ambito della l.r. 23/99
• nidi famiglia	art. 4, comma a
• potenziamento nidi	art. 4, comma b
• servizi integrativi per l'infanzia	art.4, comma c
• banca del tempo	art. 4, comma d, art. 5 comma 1, lettera a
• corsi di formazione "baby sitter"	art. 4, comma e
• nidi aziendali	art. 4, comma f
• iniziative contro la dispersione scolastica	art. 4, comma g
• spazi di aggregazione educativo-ricreativa	art. 4, comma h
• mutuo-aiuto familiare	art. 5, comma 1, lettera a
• sensibilizzazione e formazione	art. 5, comma 1, lettera b

Gli schemi sono finalizzati a delineare un quadro completo per ciascun progetto, distinguendo in modo dettagliato gli ambiti d'intervento, rispetto ad alcune macro-aree indagate in modo differente in quasi tutti gli ambiti, tranne alcuni molto particolari (tipo le banche del tempo e il mutuo-aiuto) (*Tabella 6.5.*).

Gli indicatori collocati in ciascuno degli schemi sono stati predisposti in modo tale da consentire di rispondere ad uno dei quesiti ritenuti prioritari dalla Regione: il *costo unitario* (costo bambino/ragazzo o il costo ora). La complessità dei questionari, tuttavia, è finalizzata soprattutto a restituire un *quadro dell'efficacia degli interventi*, non tanto in senso valutativo, quanto piuttosto osservativo: che modelli di efficacia emergono dall'analisi di quanto effettivamente realizzato? Ci si può, infatti, immaginare che ci siano modalità diverse per realizzare un progetto, ad esempio, nell'ambito d'intervento “spazi di aggregazione educativo-ricreativi”, che copre un'area molto vasta di attività del privato-sociale; per non parlare della tipologia “mutuo-aiuto familiare”, in cui confluiscono iniziative diversissime della solidarietà familiare, ognuna caratterizzata da una “qualità” specifica.

Tabella 6.5. – Macro-aree e indicatori degli schemi tecnici per il monitoraggio dei progetti innovativi.

Macro-aree	Indicatori
utenza	<ul style="list-style-type: none"> • numerosità • assiduità/continuità • presenza stranieri • presenza disabili
personale	<ul style="list-style-type: none"> • professionalità • tipo di rapporto (volontario, dipendente,...) • personale di tipo familiare • personale di tipo religioso • aggiornamento
tempi funzionamento	<ul style="list-style-type: none"> • orari attività, mesi di apertura,...
sede	<ul style="list-style-type: none"> • titolarità (chi è il proprietario, a che titolo la si utilizza) • adeguatezza degli ambienti • costi
verifiche	<ul style="list-style-type: none"> • modalità • strumenti
pubblicizzazione	<ul style="list-style-type: none"> • modalità di pubblicizzazione dell'iniziativa
relazioni	<ul style="list-style-type: none"> • oggetti/servizi • finalità • formalizzazione
“familiarità”	<ul style="list-style-type: none"> • indicatori specifici per ogni ambito
costi/entrate	<ul style="list-style-type: none"> • dettaglio di tutte le voci di spesa e delle entrate

6.3.1. Gli indicatori della “familiarità”

L’obiettivo più sofisticato, comunque, è stato quello di *operazionalizzare* la *familiarità* dell’intervento, ideando indicatori differenti per ogni tipologia.

Ho già sottolineato nel capitolo 4, illustrando i primi passi compiuti in questa direzione, inserendo nello Schema tecnico di presentazione dei progetti alcuni rudimentali indicatori “familiari”, come questo passaggio sia forse uno dei risultati più significativi della ricerca relazionale sulla l.r. 23/99.

Da un’idea generica di “familiarità”, legata principalmente all’identificazione dell’associazionismo familiare, si è arrivati gradatamente a comprendere come ogni servizio, pur attivato da associazioni familiari, declini la familiarità in modo precipuo. Anzi, la familiarità, definita in relazione ai servizi e non a chi li gestisce, può anche essere attribuita ad altri soggetti, non solo del privato sociale; può, infatti, presentarsi con sfumature e gradazioni diverse, e – in alcune forme – è possibile riscontrarla anche in prestazioni erogate da soggetti pubblici o *for profit*. Il lavoro sociale di rete, svolto da operatori sociali incardinati in un ente pubblico, se realizza un autentico *empowerment* relazionale, è sicuramente un intervento di tipo familiare. Viceversa, non è così scontato che organizzazioni di Terzo Settore agiscano sempre nell’ottica della “familiarizzazione”. Molto spesso, anzi, la gratuità e l’altruismo donativo che caratterizza l’azione del privato sociale portano a colmare con generosità i vuoti lasciati da relazioni familiari indebolite, restando legati ad un’idea “assistenziale” della solidarietà. La transizione verso un modello diverso di assistenza si è avviata in questi ultimi anni. Anche se esula dai temi propri della l.r. 23/99, mi pare sia molto significativo ciò che sta avvenendo nel campo dell’adozione internazionale, settore sul quale il Centro Studi e Ricerche sulla Famiglia ha svolto un’indagine qualitativa una decina di anni fa (Rossi, Carrà, 1996): ora moltissime delle organizzazioni che si occupano di adozione internazionale hanno dato vita a programmi di sostegno delle famiglie in loco per prevenire l’abbandono dei minori e considerano l’adozione come *estrema ratio*, in una chiara prospettiva di *empowerment* delle relazioni familiari.

Tornando al monitoraggio dei progetti finanziati nell'ambito della l.r. 23/99, è apparso via via sempre più evidente come non fosse sufficiente, per attestare la familiarità, rilevare un generico coinvolgimento della famiglia e neppure la presenza, tra le risorse del progetto, di figure familiari: diversa è, infatti, la familiarità in un servizio per la prima infanzia, dove la presenza fisica dei genitori è già un buon segnale, e la familiarità in un'iniziativa di tipo educativo-ricreativo per adolescenti, dove, al contrario, non è auspicabile il protagonismo dei genitori che vanno coinvolti in altro modo; di tutt'altra natura è, poi, la familiarità in un corso di preparazione per “baby sitter”.

Nella *Tabella 6.6.* fornisco alcuni esempi di indicatori della familiarità ideati per ambiti d'intervento diversi.

Come si vede, alcuni, anche se con lievi differenze non riportate, ricorrono in tutti o nella maggior parte degli schemi: essere un'associazione di solidarietà familiare o avere relazioni con associazioni familiari, organizzare occasioni d'incontro tra le famiglie utenti o degli utenti, coinvolgerle nelle verifiche del progetto, o – in cinque casi – prevedere tra il personale familiari di utenti. Altri indicatori sono, invece, specifici di un ambito, come poter distribuire crediti e debiti tra i familiari per le banche del tempo, o prevedere tra gli argomenti della formazione per le baby sitter, le relazioni familiari, le politiche familiari, il lavoro di rete.

La necessità di declinare la familiarità nel concreto degli interventi diversi che i servizi alla famiglia possono realizzare ha permesso di evidenziare la multidimensionalità di tale carattere, che non può essere applicato indiscriminatamente a tutti i servizi, che in qualche modo sono rivolti a famiglie, ma va operazionalizzato volta per volta, calandolo nella specificità del contesto: è un indicatore massimamente “relazionale”, che prende la forma delle relazioni a cui si attribuisce.

Tabella 6.6. – Gli indicatori di familiarità negli schemi per il monitoraggio dei progetti innovativi (in corsivo quelli utilizzati per un solo ambito).

Indicatori della familiarità	Nido famiglia	Potenziamento nidi	Servizi integr. prima infanzia	Nidi aziendali	Banca del tempo	Formazione “baby sitter”	Iniziative contro la dispers. scol.	Aggregaz. educat.-ricreativa familiare	Mutuo-aiuto familiare	Sensibilizzazione e formazione
Il soggetto proponente è una associazione di solidarietà familiare	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
Tra gli strumenti di verifica sono previsti incontri con i genitori/familiari e questionari	×	×	×	×			×	×	×	
Sono organizzati momenti di incontro con i genitori/familiari (feste, gite, ecc.)	×	×	×	×			×	×	×	×
Uno o più genitori/familiari sono fra il personale	×	×	×	×					×	
Il servizio è localizzato in un’abitazione di utenti	×								×	
<i>La sede è organizzata come una casa</i>	×									
Ci sono relazioni con associazioni familiari	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
<i>L’utente è figlio del padre che lavora nell’azienda</i>				×						
<i>Utilizzo debiti/crediti da parte dei familiari</i>					×					
<i>Are tematiche della formazione su relazioni con la famiglia/ lavoro di rete/ politiche familiari</i>						×				
<i>Attività rivolta non a individui, ma famiglie</i>									×	
<i>Entrambi i membri della coppia partecipano al corso</i>										×

6.4. GUIDA RELAZIONALE: AUTHORITY E ACCREDITAMENTO COME OUTCOME DEL PROCESSO VALUTATIVO?

Se possiamo esprimere un giudizio sicuramente positivo sul processo “valutativo” avviato nel primo anno di attuazione dei progetti, tuttavia ci preme sottolineare come, ad oggi, il ruolo svolto da soggetti istituzionali (referenti delle ASL e Conferenza dei sindaci), nella verifica dell’operato delle organizzazioni di Terzo Settore, chiamate a progettare per la famiglia, appare ancora molto – forse troppo – considerevole. Tali soggetti sono invitati a rispondere alla crescente esigenza di qualità dei servizi ma, nel fare questo, restano ancora strettamente legati alla strada più facile del “controllo” dell’*efficienza*, che implica un basso coinvolgimento nei progetti e la possibilità di svolgere un’osservazione a distanza. C’è la consapevolezza che progetti di questo tipo debbano essere valutati anche rispetto a parametri di efficacia, ma c’è una scarsa disponibilità ad entrare a far parte del lavoro relazionale entro il quale definire la qualità degli interventi. Ci si aspetta che la ricerca relazionale delinea criteri omogenei, chiari, standardizzati e, quindi, rassicuranti per valutare i progetti

Da questo atteggiamento deriva una situazione paradossale: mentre la legge premia l’innovazione e la sperimentazione, caratteri che rispettano la flessibilità e la personalizzazione del codice familiare, ci sono forze contrapposte che spingono a standardizzare i servizi innovativi.

In altre parole, la legge regionale 23/99, che dimostra in più occasioni una sensibilità autenticamente “familiare” e ha l’indubbio pregio di legare in modo rigoroso progettazione e valutazione, mostra poi una certa reticenza a percorrere fino in fondo il cammino intrapreso. In effetti, il carattere innovativo e sperimentale dei progetti presentati – che, in molti casi, si addentrano in ambiti inesplorati – fa sì che la responsabilità di chi deve valutare se abbiano o meno il diritto ad ottenere il finanziamento regionale appaia molto gravosa: l’idea di dover attribuire cifre cospicue a servizi per i quali non esistono parametri di qualità spaventa non poco e provoca un inevitabile irrigidimento, determinato anche dal constatare che, come al solito, ci sono evidenti tentativi di aggirare la legge o strumentalizzarla per ottenere finanzia-

menti non dovuti.

Bisogna riconoscere che, da una parte, la legge ha provocato una sorta di “straripamento” del “privato sociale”, che ha visto nell’art. 4 la possibilità di essere finalmente riconosciuto come soggetto titolato a produrre benessere per le persone e le famiglie; dall’altra parte, tuttavia, è emersa anche una chiara impreparazione delle formazioni di Terzo Settore, in particolare di quelle più vicine al mondo vitale e quindi meno organizzate, a operare secondo la strategia del “progetto”. Ciò ha reso decisamente complesso il compito di chi ha dovuto selezionare e monitorare i progetti presentati e, paradossalmente, da un certo punto di vista, ha accentuato la distanza culturale tra pubblico e privato sociale: chi aveva già una ostilità preconcetta nei confronti del Terzo Settore, ha faticato maggiormente ad entrare in sintonia con la filosofia della legge 23/99, la cui finalità è proprio quella di promuovere la capacità progettuale di quei soggetti che fino ad ora hanno lavorato per la famiglia nell’ombra.

Emerge, dunque, con urgenza, la necessità di coinvolgere maggiormente nel processo di valutazione proprio i soggetti che devono essere valutati. Ciò è possibile, nel momento in cui siano le stesse associazioni familiari, nella prospettiva di una sussidiarietà orizzontale, a dar vita a reti e organizzazioni di livello superiore in grado di valutare e garantire la qualità dei servizi prestati dalle proprie associate. L’incontro tra associazionismo familiare e livello istituzionale può avvenire proprio nell’ambito della Consulta regionale delle associazioni di solidarietà familiare che, a questo punto, assumerebbe una funzione di vera e propria *authority*.

Contemporaneamente, il paradosso – e qui, non a caso, c’è un gioco di parole – della *standardizzazione dell’innovazione* – potrebbe essere bypassato scegliendo la strada dell’accreditamento di alcuni degli interventi risultati più efficaci (come è avvenuto ad esempio per la formazione realizzata dai consultori familiari), individuando i requisiti attraverso il processo induttivo che sta, con il monitoraggio dei progetti del 2001, raggiungendo un primo traguardo. Si potrebbero, poi, individuare nuovi settori dei servizi alla famiglia da promuovere con il sostegno all’innovazione e alla sperimentazione. Va sottolineato che la tipologia dei servizi da accreditare ed anche il percorso di tipo induttivo utiliz-

zato per l'identificazione dei parametri di qualità induce ad operare il passaggio suggerito da Setti Bassanini (1998) dall'*accreditamento autorizzativo* (legato alla verifica di conformità a standard predeterminati) all'*accreditamento di eccellenza* che non si basa su modelli precostituiti, ma ricorre ad indicatori di tipo “relazionale” – volendo usare un attributo che l'autore non ha utilizzato, ma adeguato alla prospettiva del volume – costruiti cioè attraverso un confronto delle diverse prassi e individuando, dal basso, *best practises* variabili nello spazio (a secondo del contesto) e nel tempo (restando aperte alla sperimentazione di nuove forme di intervento).

