

INSPIRE

INNOVATIVE SERVICES FOR FRAGILE PEOPLE IN ROME (EASI 2014 – PROGRESS AXIS)





ROMA CAPITALE

Dipartimento Politiche Sociali, Sussidiarietà e Salute

INSPIRE

INNOVATIVE SERVICES FOR FRAGILE PEOPLE IN ROME

Servizi innovativi per la popolazione fragile a Roma

Inspire è un progetto che ha come obiettivo la sperimentazione di servizi innovativi di sostegno alla fragilità sociale nel territorio di Roma.

Inspire è un progetto promosso da Roma Capitale - Dipartimento Politiche Sociali, Sussidiarietà e Salute, in collaborazione con *Studio Come s.r.l.*, *Consorzio Mipa*, *IASI-CNR*, *DiAP Sapienza-Università di Roma*, *Comunità Capodarco*, *Coop. Manser*, *Coop. Il Grande Carro*, *Forum del Terzo Settore del Lazio*, attraverso la partecipazione al bando della Commissione Europea all'interno del programma *EaSI*, asse *Progress*, che finanzia progetti, finalizzati a supportare le politiche di lotta alla disoccupazione, in particolare quella giovanile; a potenziare le misure di protezione sociale e integrazione; a ridurre e prevenire le nuove forme di povertà.

Inspire intende rispondere alla forte esigenza di riforma dei servizi di sostegno alla fragilità sociale in coerenza con il percorso avviato dall'Amministrazione Capitolina con la Memoria di Giunta n. 34 del 27 giugno 2014 e con la più recente Deliberazione di Giunta Capitolina n. 191 del 18 giugno 2015.

Obiettivi

Il Progetto INSPIRE mira a sperimentare un sistema integrato di servizi e interventi in grado di rispondere ai nuovi bisogni sociali, ma anche di avviare un processo virtuoso che a partire da un bisogno (la cura delle fragilità sociali) sia in grado di "attivare" tutti i soggetti coinvolti, compresi gli stessi soggetti fragili e le reti di prossimità, favorendo in questo modo la nascita di forme innovative di imprenditorialità sociale, come risposta alla contrazione delle risorse pubbliche e in linea con i processi di riforma avviati dal nostro Paese (in particolare con le raccomandazioni contenute nel Piano Nazionale di Riforma, approccio *one-stop-shop*).

Azioni

INSPIRE prevede **AZIONI DI SISTEMA** volte alla costruzione di una governance condivisa con i principali stakeholders territoriali (Municipi, consorzi e cooperative sociali, associazioni di cittadini e beneficiari, etc.) per ridefinire l'intera offerta dei servizi per la fragilità sociale. Le azioni previste dal progetto INSPIRE per riorganizzare e innovare il sistema dei servizi per la fragilità sono:

NUOVE MODALITÀ DI ACCESSO AL SISTEMA

- Individuazione di un nuovo sistema di valutazione dei bisogni, al fine di identificare meglio le diverse necessità, dare risposte tempestive ed appropriate, ed aumentare l'efficienza delle risorse;
- Proposta di nuove procedure amministrative per la definizione dei criteri di accesso e di compartecipazione alla spesa dei servizi, introducendo contratti di prestazione individualizzati;

NUOVI SPAZI E NUOVI SERVIZI

- Individuazione di nuovi modelli operativi basati sull'innovazione sociale ed il superamento del rapporto uno a uno tra operatore e soggetto.
- Messa a punto di criteri condivisi per la ricerca e la sistemazione di spazi idonei allo svolgimento dei servizi innovativi, soprattutto attraverso il riuso di strutture abbandonate o sottoutilizzate.
- Individuazione di spazi di proprietà pubblica, abbandonati o sottoutilizzati, nei quali avviare pratiche di riuso temporaneo nell'orizzonte delle iniziative di Inspire

NUOVA GOVERNANCE

- Implementazione di una centrale operativa a livello di quartiere per il monitoraggio dei casi socio sanitari complessi, sperimentando il collegamento con le Porte Uniche di Accesso di ASL/Municipi: un centro *one-stop-shop* in grado di garantire accesso veloce ai servizi per i beneficiari e maggiore possibilità di monitoraggio in tempo reale per gli operatori;
- Realizzazione di un sistema digitale condiviso di controllo e monitoraggio della popolazione fragile, collegando professionisti del sistema di assistenza sanitaria locale e i servizi di assistenza domiciliare
- Sviluppo di network di supporto, anche mediante l'informazione e il training rivolto a persone vulnerabili e a chi si prende cura di loro.

La definizione delle azioni di sistema sarà supportata da attività di ricognizione, scambio e analisi critica di buone prassi in Italia e in Europa relative sia all'innovazione dei servizi che degli spazi ad essi dedicati.

INSPIRE prevede anche la **SPERIMENTAZIONE DI SERVIZI INNOVATIVI** nei Municipi di Roma Capitale secondo una "logica incrementale" che consenta di integrare via via nuovi servizi, a partire dall'evoluzione del bisogno assistenziale. La sperimentazione prevede in particolare:

E' prevista inoltre un'analisi controfattuale, mediante il confronto tra il gruppo di sperimentazione e il gruppo di controllo, che valuterà i servizi sociali innovativi oggetto della sperimentazione, al fine di ottenere dati *evidence-based* per sostenere l'*upscaling* della sperimentazione.



RISULTATI ATTESI

INSPIRE intende raggiungere un **aumento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema di cura della fragilità sociale della città di Roma** mediante:



Durata:

27 mesi. Data inizio progetto: 15 settembre 2015.

Riferimenti:

Roma Capitale – Dipartimento per le Politiche sociali, sussidiarietà e salute

Referente di progetto: Antonia Caruso

Tel. 06-67105200

Email: antonia.caruso@comune.roma.it

Email condivisa: gruppo.lavoro@inspire.eu

Sito web: www.comune.roma.it

Follow us: Facebook (Inspire Roma) – Twitter (@InspireRoma)

**EASI 2014 - PROGRESS AXIS INSPIRE – Innovative Services for fragile People in Rome****Grant Agreement VS/2015/0210****Servizi innovativi**

Il tema dell'innovazione sociale è al centro del dibattito socio-economico e politico di questi anni ed in letteratura sono presenti numerose definizioni di "innovazione".

L'Open Book of Social Innovation della Young Foundation (Murray, Caulier-Grice e Mulgan, 2010) definisce le innovazioni sociali come *"nuove idee (prodotti, servizi e modelli) che soddisfano bisogni sociali (in modo più efficace delle alternative esistenti) e che allo stesso tempo creano nuove relazioni e nuove collaborazioni. In altre parole, innovazioni che sono buone per la società e che accrescono le possibilità di azione per la società stessa"*.

Gli elementi cruciali sono quindi la capacità di **rispondere in modo nuovo a bisogni sociali esistenti o emergenti** e di **costruire relazioni e reti**. L'innovazione può riguardare il prodotto oppure il processo di erogazione del servizio (o entrambi) ed è fortemente caratterizzata da un **orientamento collettivo** – sia nella progettazione che nell'erogazione – e da una prevalente direzione bottom-up.

Per utilizzare questa definizione nel settore dei servizi di cura della fragilità sociale, abbiamo individuato i seguenti criteri:

- la capacità di intercettare uno specifico bisogno sociale fornendo una **risposta nuova**
- la **personalizzazione degli interventi**, ovvero la capacità di attivare percorsi e risposte diverse ritagliate sui bisogni individuali (Filiera)
- la scelta di **meccanismi di intervento basati sull'attivazione della comunità**, partecipazione e coinvolgimento degli attori
- la preferenza per **forme di Governance collaborative e coordinate** piuttosto che di controllo verticale
- il **focus collettivo** dell'intervento
- l'azione **congiunta di soggetti e attori locali** di natura diversa (es. pubblico e privato, formale e informale, ecc.)
- la predisposizione di **strumenti per misurare e valutare il cambiamento innescato**, dunque l'impatto sociale del servizio stesso.

Vista l'articolazione e la complessità dei criteri individuati, la mappatura comprenderà i servizi che rispondono anche solo ad alcuni (almeno 3) dei sopraelencati criteri.

Fragilità sociale

Condizione di un individuo caratterizzata da:

- 1) **mancanza e/o la forte riduzione** delle reti familiari e sociali;
- 2) **non-autosufficienza** (parziale o totale), cioè la condizione per cui un individuo non è in grado di vivere in modo autonomo, tanto per problematiche di ordine psico-fisico, quanto di tipo socio-economico.

A questi **due elementi centrali** possono essere associati uno o più dei seguenti fattori, anche in dipendenza dalla fase del ciclo vitale che l'individuo sta attraversando, che concorrono a identificare un rischio – più o meno elevato - di fragilità sociale:

- alta necessità di assistenza;
- età molto avanzata (ultraottantenni), associata a condizione di reale solitudine;
- basso reddito;
- mancanza di lavoro;
- alta numerosità della famiglia;
- presenza di patologie gravi permanenti o temporanee;
- difficoltà di accesso ai servizi;
- senso di insicurezza e instabilità.



“Con il sostegno finanziario dell'Unione europea.”

“Le opinioni espresse impegnano solo la posizione degli autori e non riflettono necessariamente la posizione della Commissione Europea”.



ROMA CAPITALE



INSPIRE. INnovative Services for fragile People in RomE
Servizi innovativi per la popolazione fragile a Roma



Mappatura degli interventi e dei servizi innovativi per la cura della fragilità nel territorio di Roma Capitale

FOCUS GROUP con gli stakeholder locali

Municipio ROMA VI

Roma 9 febbraio 2016

Resoconto a cura di *Studio Come srl*



Consorzio per lo sviluppo delle metodologie e delle innovazioni nelle pubbliche amministrazioni



DIPARTIMENTO DI ARCHITETTURA E PROGETTO



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



Manser
cooperativa sociale
n. 029917401



Partecipanti

Come da elenco allegato

Contenuti emersi

L'obiettivo dell'incontro è la realizzazione di una mappatura dei servizi innovativi per la cura della fragilità sociale attivi sul territorio di Roma Capitale. Il Dipartimento Politiche sociali è infatti consapevole che, nonostante le progressive contrazioni del budget che negli anni hanno condotto alla riduzione dei servizi sociali ai soli essenziali, le realtà del terzo settore sono particolarmente attive nei municipi romani e spesso sono in grado di individuare risposte appropriate e innovative ai nuovi e vecchi bisogni emergenti. INSPIRE è dunque l'occasione per riprendere una riflessione comune sulla rete dei servizi per la cura della fragilità (governance del sistema dei servizi per la fragilità) e per provare a condividere alcune di queste esperienze e dare avvio alla mappatura dei servizi innovativi sul territorio del municipio VI, per valorizzare l'esistente e rafforzare la rete dei servizi per la fragilità.

Visto il momento di transizione politica ed istituzionale che Roma capitale sta attraversando, è stato precisato che il progetto INSPIRE pur rientrando nel processo e nel percorso di pianificazione sociale territoriale, con l'obiettivo di sostenerlo ed integrarlo, non è un momento di questo percorso. E' stata quindi ribadita la differenza tra focus, come momento di riflessione e raccolta di informazioni e dati sui servizi innovativi (a partire dai criteri definiti da INSPIRE) e Tavolo di piano.

Esperienze innovative presentate

Il servizio sociale professionale individua nel servizio **SILIL**, un'esperienza innovativa da valorizzare e su cui riflettere collettivamente. Il SILIL è un progetto di inserimento lavorativo gestito con risorse esclusivamente del municipio (sia umane che finanziarie). Alla base del servizio è stato firmato un Protocollo d'intesa con la ASL (CSM, TSMREE, Sert, DAR), e con il Dipartimento Lavoro e Formazione di Roma Capitale. Si è trattato di un progetto molto faticoso da gestire ma che ha consentito di attivare percorsi di tirocinio/borse lavoro, in un territorio dove questo bisogno è particolarmente rilevante. Il servizio si occupava con risorse interne di seguire tutto il percorso di inserimento lavorativo – dal bilancio di competenze al matching con l'azienda. Proprio quando si stava pensando di trasformarlo da progetto in servizio sono venute a mancare le risorse finanziarie – e forse hanno inciso anche i cambiamenti di dirigenza, sia nel municipio che nella ASL.

Punti Luce e Dote educativa: sono altri due progetti che il Municipio sta realizzando con la collaborazione dell'Associazione "Save the children Italia", destinati ai minori e alle loro famiglie.

Rivolto ai minori in condizioni di povertà è il progetto avviato dalla Cooperativa OSA in collaborazione con l'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù e il Vicariato di Roma, dal titolo "**Non ti**

[scordar di me](#)”, che mira a costruire una rete di assistenza sanitaria nelle periferie romane per i minori più poveri e le loro famiglie attraverso l’appoggio delle parrocchie.

[Ortoterapia](#) è invece l’esperienza innovativa realizzata dalla cooperativa Cospexa in collaborazione con il Dipartimento di biologia dell’Università di Tor Vergata, la cooperativa di tipo B Antigone ed con il sostegno della ASL RMB UOC DAR, Consulta dell’Handicap del VI municipio, Roma Capitale. Si tratta di un laboratorio di ortoterapia destinato a ragazzi disabili e realizzato all’interno del parco sensoriale di via delle Rupicole a Torre Maura. Il progetto sta coinvolgendo diversi ragazzi, anche in collaborazione con altre cooperative attive nel municipio. Il problema rimane purtroppo la sostenibilità dell’esperienza vista l’instabilità del finanziamento.

Si rileva inoltre la presenza nel territorio municipale di un [condominio](#) gestito direttamente dal [Dipartimento](#) (?), nel quale vivono 164 persone, con molti anziani, assistiti attraverso modalità di messa in comune di alcuni servizi.

[Elementi di criticità e riflessione](#)

Nonostante la buona collaborazione e l’integrazione con la ASL (soprattutto nell’area minori e disabilità), il Direttore Sanitario del 3° Distretto rileva che spesso la ASL non è a conoscenza di progetti ed esperienze significativi del territorio (come ad esempio il condominio). Inoltre, il territorio è caratterizzato da molte fragilità e povertà: quello che succede è che ci sono degli utenti che usufruiscono di “tutti” i servizi, mentre altri non arrivano neppure ad essere conosciuti dagli stessi servizi: sono invisibili. Sarebbe necessario trovare modalità condivise che consentano ai servizi di raggiungere questo target.

Anche il TSMREE rivela la necessità di [migliorare la collaborazione inter-istituzionale](#) e di stabilire dei protocolli operativi che – a fronte di carichi di lavoro crescenti e risorse decrescenti – consentano di utilizzare al meglio – ed in modo condiviso - le risorse disponibili (ad esempio “pacchetti” di AEC).

Sempre la ASL rileva che spesso la fragilità è non solo degli utenti, ma anche dei servizi. Un esempio è la [rigidità dei pacchetti dell’assistenza domiciliare](#), per i quali non è possibile modificare il numero delle ore di assistenza in base alle reali necessità degli utilizzatori (ci sono ad esempio casi di famiglie con bimbi disabili che fanno presente che il numero di ore di assistenza domiciliare è troppo elevato in un certo periodo, ma non chiedono di diminuirlo perché sanno che in altri momenti ne avranno bisogno e se rinunciano ad un certo numero di ore adesso, poi non le avranno più). Questa rigidità è certamente fonte di sprechi di risorse e dovrebbe essere eliminata.

Nel territorio un target particolarmente numeroso e caratterizzato da fragilità estrema, è quello dei [quarantenni che continuano a vivere a casa dei genitori](#), così come emerso da una recente ricerca condotta dalla rete delle scuole del 16° distretto.

Emerge anche la necessità di ridefinire e ri-condividere [modalità per una governance efficace della rete dei servizi](#) che, nonostante i limiti legati alle risorse, consenta di non perdere quelle esperienze – anche molto innovative – che vengono ordinariamente realizzate nel territorio.

Dai partecipanti emerge inoltre la necessità di coinvolgere maggiormente associazioni di volontariato attive sul territorio per riconnettere gli interventi all'interno della programmazione sociale.

Alcuni consiglieri comunali del Municipio presenti al focus hanno sollecitato il Dipartimento ad individuare nuovi criteri ed indicatori per la suddivisione dei finanziamenti e dei fondi ai Municipi in modo da garantire equità tra i territori e risposte anche ai bisogni dei territori delle periferie.



ROMA CAPITALE 

INSPIRE. INnovative Services for fragile People in RomE
Servizi innovativi per la popolazione fragile a Roma

LA VALUTAZIONE D'IMPATTO DEL PROGETTO INSPIRE CON IL METODO CONTROFATTUALE

Report Azioni di Sistema

A cura di Consorzio MIPA



Gennaio 2018



ROMA CAPITALE 



DIPARTIMENTO
DI ARCHITETTURA E PROGETTO
SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



1 Sommario

Introduzione e sintesi dei risultati.....	3
2 La valutazione controfattuale di interventi sulla fragilità: esperienze di ricerca.....	7
3 La descrizione dell'intervento (storia del progetto).....	10
4 L'approccio alla valutazione controfattuale	12
4.1.1 Servizi sperimentati: identificazione degli obiettivi	12
4.1.2 Lo strumento di valutazione (il questionario e i profili per la valutazione).....	14
4.1.3 Identificazione e costruzione del campione fattuale e controfattuale: soggetti rilevati e numeri della sperimentazione	16
4.1.4 Le metodologie per la valutazione: molteplici caratteristiche	21
4.1.5 La costruzione degli indicatori: pregi e rischi	23
4.1.6 Situazione ex ante (caratteristiche di base e condizioni prima dell'intervento)	26
5 I risultati dell'analisi: valutazioni di efficacia e impatto dell'intervento.....	28
5.1.1 Impatto sulla gestione a carico della famiglia	30
5.1.2 Impatto sullo stato di salute	31
5.1.3 Impatto sull' <i>Empowerment</i> e sul benessere mentale	33
5.1.4 Impatto sull'Autonomia personale e benessere complessivo	34
5.1.5 Grado di soddisfazione per il servizio	36
6 Raccomandazioni e conclusioni	38
Allegati	40
Il questionario di rilevazione	40
Elaborazioni (tabelle analisi dati)	56
Bibliografia.....	68
Indice grafici e tabelle	69

Introduzione e sintesi dei risultati

Il progetto INSPIRE (*Innovative Services for Fragile People in Rome*) finanziato dalla Commissione Europea tramite il programma EaSI (*Employment and Social Innovation*), ha voluto rispondere alla necessità di innovare l'offerta dei servizi di cura della fragilità, alla cui riforma Roma Capitale sta lavorando da diversi anni. Le attività previste hanno riguardato la sperimentazione di una serie di interventi innovativi, volti a introdurre un sistema di servizi flessibile e collettivo, in grado di integrare il tradizionale rapporto 1 a 1 tra operatore e utente.

Gli interventi di *social policy experimentation*, implementati con INSPIRE sono stati sottoposti a un processo di monitoraggio e valutazione¹ articolato, che si è focalizzato sui seguenti ambiti:

- ✓ *efficacia dei servizi sperimentali*, misurandone l'impatto e le conseguenze verso i destinatari attraverso il metodo controfattuale;
- ✓ *efficienza e sostenibilità degli interventi*, per considerare sia il profilo dei costi finanziari correlati ai servizi sperimentali sia la dimensione organizzativa e di processo necessaria per introdurre le azioni di cambiamento.

Il presente rapporto riguarda la valutazione di efficacia realizzata con approccio controfattuale, mentre in un rapporto ad hoc è analizzata la questione dell'efficacia e della sostenibilità dei servizi.

La valutazione di efficacia ed efficienza sono indispensabili per la trasferibilità e la messa a regime delle nuove *policies*, che potranno integrare l'offerta attualmente erogata, ovviamente in un quadro di compatibilità finanziaria. Al riguardo, rileva sicuramente l'attuale fase di elaborazione e progressiva attuazione del *Piano Sociale Cittadino*, che potrà tenere conto delle innovazioni sperimentate nel progetto INSPIRE.

I servizi sperimentali erogati a persone fragili sono stati sottoposti a valutazione con approccio controfattuale, con l'obiettivo di misurare l'effetto degli interventi «come la differenza tra quanto si osserva in presenza dell'intervento e quanto si sarebbe osservato in sua assenza»².

In particolare, i servizi sperimentati e sottoposti a valutazione controfattuale sono stati:

- *Tutoring* (servizio personalizzato di supporto alla realizzazione di un progetto);
- *Laboratorio socio-occupazionale* (servizio collettivo che integra attività lavorative con quelle di supporto allo sviluppo personale, con la realizzazione di prodotti veri);
- *Condominio solidale* (servizio di sostegno e accompagnamento destinato a più soggetti fragili che abitano in luoghi limitrofi).

¹ I prodotti realizzati sono stati resi possibili grazie al sostegno finanziario dell'Unione Europea. Le opinioni espresse impegnano soltanto la posizione degli autori e non riflettono necessariamente la posizione della Commissione Europea. Il presente rapporto, curato dal Consorzio MIPA e che ha visto il coinvolgimento dei vari partner, rappresenta una componente del “**sistema documentale**” prodotto nell'ambito del progetto INSPIRE e che include i seguenti report (tutti aggiornati al mese di dicembre 2017):

- **La popolazione fragile a Roma Capitale: dati di sintesi (la situazione attuale).**
- **Revisione delle procedure di accesso e definizione dei criteri di contribuzione ai costi dei servizi.**
- **La valutazione d'impatto del progetto INSPIRE con il metodo controfattuale.**
- **Valutazione di efficienza dei servizi sperimentali del progetto.**

Inoltre, le proposte d'innovazione sul processo di erogazione dei servizi sociali sono state la base per l'implementazione del “Sistema informativo per la popolazione fragile”, che al termine del progetto è stato lasciato in proprietà al Dipartimento Politiche Sociali, Sussidiarietà e Salute di Roma Capitale, con il relativo codice sorgente e tutti i documenti tecnici e materiali informativi necessari.

² La definizione è tratta da Martini A., Trivellato U. (2011). *Sono soldi ben spesi? Perché e come valutare l'efficacia delle politiche pubbliche*. Venezia: Marsilio Editori (p. 35).

La sperimentazione dei suddetti servizi ha coinvolto cinque Municipi di Roma Capitale nei quali i servizi socio-sanitari territoriali, in collaborazione con le cooperative e le comunità che hanno realizzato gli interventi, hanno contattato più di 300 beneficiari potenziali. Successivamente, sono state prese in carico 179 persone con fragilità sociale, delle quali 162 sono state selezionate per entrare nel gruppo "in trattamento" per circa un anno. Il gruppo di controllo, di pari numerosità, è stato selezionato tenendo conto delle caratteristiche in base alle quali sono state individuate le persone del gruppo in trattamento, allo scopo di fornire i profili che il gruppo di controllo deve "mimare" per poter rappresentare adeguatamente lo scenario controfattuale.

Gli interventi implementati con il progetto INSPIRE hanno necessariamente un impatto multiplo, richiedendo piani diversi di valutazione. Un aspetto critico è stato proprio l'individuazione delle variabili che rappresentano l'*outcome* dell'analisi, ovvero gli obiettivi specifici del progetto. Per questo motivo, è stata fondamentale la collaborazione tra valutatori e operatori del sociale, che ha portato a identificare le seguenti aree, rispetto alle quali sono stati costruiti degli indicatori indiretti, spie attendibili di una determinata situazione personale/sociale o di un mutamento della medesima:

- impatto sui carichi familiari;
- impatto sullo stato di salute;
- *empowerment* - capacità di progettare il futuro;
- autonomia personale e benessere sociale.

Per tutte queste aree è stato possibile utilizzare uno strumento (un questionario) per rilevare l'informazione prima e dopo l'intervento e costruire indicatori aggregati, che rappresentano le variabili di risultato sulle quali valutare gli effetti dei servizi. L'impatto causale dell'intervento è stato, quindi, stimato come differenza tra l'evoluzione differenziale degli indicatori tra un insieme di soggetti trattati e un opportuno campione di controllo. Ovviamente, l'attendibilità e la validità di tale metodo dipendono dal rigore metodologico e dalla disponibilità di informazioni appropriate.

Quindi, le risultanze dell'analisi controfattuale rappresentano elementi *evidence-based* per verificare se il modello dei servizi di tipo collettivo di INSPIRE possa essere complementare al modello esistente, fondato prevalentemente sull'assistenza domiciliare e sul rapporto 1 a 1 tra operatore e utente. In altre parole, l'obiettivo finale della valutazione è capire se la logica del progetto INSPIRE possa generare un aumento dell'efficacia rispetto al sistema attuale, in termini di:

- miglioramento dell'assistenza alle persone;
- razionalizzazione della spesa pubblica per la cura della fragilità attraverso l'erogazione di servizi di assistenza collettivi relativamente meno costosi e, quindi, più sostenibili³;
- riduzione delle liste di attesa per l'accesso ai servizi³.

In particolare, *i risultati dell'analisi valutativa mediante indicatori quantitativi e modelli quasi-sperimentali segnalano un univoco, significativo miglioramento dei soggetti trattati da INSPIRE nel periodo considerato per tutte le dimensioni considerate*. Questo miglioramento non è in genere mostrato dai soggetti non trattati, che registrano in genere il mantenimento della situazione ex ante, se non in alcuni casi il suo peggioramento. Il miglioramento delle condizioni dei soggetti trattati è quindi attribuito dal nostro disegno valutativo, per parte rilevante se non completamente, agli effetti dell'intervento. La presenza di un miglioramento in pressoché tutte le aree considerate e in genere

³ Questi profili (possibile razionalizzazione della spesa e impatto sulle liste di attesa) sono stati analizzati nel rapporto concernente la "Valutazione di efficienza dei servizi sperimentali", al quale si rimanda per i necessari approfondimenti.

per tutti gli stimatori econometrici utilizzati irrobustisce i risultati. *La significatività statistica, per certi versi inaspettata date le dimensioni del campione e la variabilità dei fenomeni considerati, segnala come tale cambiamento differenziale sia rilevante e non trascurabile.*

Una valutazione quantitativa dell'effetto non è semplice, essendo le analisi basate su questionario, con variabili qualitative misurate su una scala soggettiva. *Se consideriamo gli indicatori "di giudizio complessivo", gli unici misurati su una scala analoga e per i quali abbia senso una valutazione comparatistica, possiamo suggerire, a puro scopo indicativo e sotto alcune ipotesi restrittive, che gli effetti dell'intervento siano stati pari circa al 9% nel caso dei carichi familiari, circa al 6% nel caso dei miglioramenti dello stato di salute, e intorno al 16% sia nell'area dell'empowerment e delle capacità progettuali, sia nell'area dell'autonomia e benessere personale.*

È naturalmente probabile che l'impatto dell'intervento sia eterogeneo, e in particolare differenziato rispetto alle diverse categorie di soggetti trattati. L'analisi per categoria ovviamente riduce drasticamente il numero di osservazioni, per cui si suggerisce di considerare questi risultati solo come indicativi delle dinamiche dell'impatto per categoria. Tali risultati suggeriscono che gli effetti siano concentrati tra il gruppo dei disabili e dei pazienti con cartella aperta al DSM. Per questi gli effetti sono positivi in tutti gli ambiti, e statisticamente significativi in quelli della capacità progettuale, autonomia e benessere. Per soggetti in cui il numero di osservazioni risulta particolarmente scarso, quali i restanti soggetti fragili e gli anziani, gli effetti appaiono spesso positivi ma in genere non significativi, e quindi sostanzialmente non valutabili in modo distinto.

Sebbene il verso e la significatività degli effetti positivi, e robusti, dell'intervento vanno nella direzione attesa, si suggerisce comunque cautela nella valutazione dell'entità degli effetti stessi. Questo perché in primo luogo, gli obiettivi del progetto possono non essere tutti sintetizzabili dagli indicatori individuati, ed è possibile che l'analisi quantitativa abbia colto talvolta solo parzialmente questi obiettivi e quindi sopravvalutato o sottovalutato l'impatto del progetto. In secondo luogo, ulteriore cautela è richiesta dal fatto che il processo di individuazione degli indicatori incide anche sulla loro affidabilità. Nel nostro caso molti indicatori sono soggettivi, il che implica la possibilità di effetti spuri, legati al trattamento, nella risposta alle domande.

In sintesi, il lavoro non solo mostra l'efficacia dell'intervento INSPIRE, ma segnala anche un percorso metodologico promettente per la valutazione di altri progetti nel settore sociale: infatti, suggerisce come sia possibile valutare con il metodo controfattuale interventi di carattere assistenziale, formativo e sociale e che, anche in presenza di ovvie semplificazioni delle caratteristiche e degli effetti degli interventi, sia possibile raccogliere informazioni sull'effetto delle azioni proposte utili a orientare una loro rifocalizzazione ed estensione.

Inoltre, l'esperienza è stata significativa anche da un punto di vista scientifico poiché, nonostante in Italia siano ancora poche le applicazioni nelle politiche sociali⁴, nell'immediato futuro dovrebbe aumentare il ricorso all'approccio controfattuale anche in questo campo. Infatti, a differenza di quanto sta avvenendo nel settore delle politiche per l'impresa e per il lavoro, nel settore delle politiche sociali l'uso della valutazione controfattuale tramite disegni quasi-sperimentali è molto raro, specie in Italia. Il motivo riguarda prevalentemente le notevoli difficoltà di tipo metodologico

4 Vedi su: Pellegrini G., D'Amen B., Lanzoni F.M., Cucinotta L., Di Prinzio A. (2014), *L'applicazione del metodo controfattuale per la valutazione di un intervento di welfare d'emergenza: il progetto Youssam a Roma Capitale*, Rassegna Italiana di Valutazione, fasc. 59, pp. 124-147, 2014.

e di raccolta di informazioni che questi studi pongono e che richiedono per il loro superamento una accurata definizione del disegno di valutazione, che deve procedere di pari passo con la costruzione e l'attivazione della politica. Questo esercizio valutativo ha dimostrato anche come molte di queste difficoltà possano essere superate definendo contemporaneamente il disegno di *policy* e il disegno di valutazione. In INSPIRE questo è avvenuto strutturando una stretta collaborazione tra attuatori e valutatori per l'identificazione degli obiettivi dell'analisi, dei soggetti che sono sottoposti alla politica, del gruppo di controllo e delle modalità di rilevazione delle informazioni. L'esperienza proposta segnala come il soddisfacimento di queste pre-condizioni consenta di specificare disegni valutativi con alta validità interna anche nel settore sociale.

In ogni caso, sebbene il lavoro evidenzi i pregi dell'applicazione della valutazione controfattuale su un intervento di politica sociale, è attento anche a coglierne i limiti. In particolare, ne sono stati individuati principalmente due. In primo luogo, come già evidenziato, l'approccio valutativo con indicatori proposto nel lavoro può cogliere soltanto parte dei molteplici effetti dell'intervento e, perciò, i risultati cui approda non possono essere esaustivi dell'intero impatto prodotto dai servizi erogati. Una valutazione più ampia dell'intervento, che colga le diverse dimensioni su cui questo va ad agire, richiederebbe un'analisi degli effetti prodotti anche su altri ambiti (per esempio, istruzione, decoro, affettività, riduzione delle spese sanitarie). In secondo luogo, sebbene l'approccio controfattuale riesca a individuare con sufficiente precisione l'impatto finale dell'intervento sull'*outcome* desiderato, non dà informazioni sul percorso logico degli effetti prodotti che hanno portato a tale influenza, che devono essere raccolte e sviluppate con altre modalità.

Nel seguito del rapporto sono presentati i risultati dell'attività di valutazione controfattuale. In particolare, nel primo capitolo si fa un breve *excursus* sulle esperienze di ricerca riguardanti studi di valutazione con applicazione del metodo controfattuale su interventi sulla fragilità in Italia e all'estero. Il secondo capitolo riassume la storia del progetto. Il terzo capitolo descrive la tipologia degli interventi realizzati e il percorso metodologico scelto, con particolare attenzione: all'identificazione degli obiettivi, alla predisposizione del questionario, alla costruzione dei campioni, alla scelta del metodo econometrico e degli indicatori utilizzati nell'analisi e, infine, alla descrizione della situazione *ex ante* nei due gruppi (trattamento e controllo) relativamente alle caratteristiche di base e alle condizioni prima dell'intervento. Proseguendo, nel capitolo quarto si presentano le stime sull'impatto degli interventi attuati con il progetto INSPIRE sulle quattro dimensioni di analisi selezionate. Infine, nel capitolo quinto, si presentano le conclusioni e si propongono spunti e raccomandazioni utili per una ridefinizione delle politiche.

2 La valutazione controfattuale di interventi sulla fragilità: esperienze di ricerca

La valutazione con metodo controfattuale ha conosciuto un'ampia diffusione in ambito statunitense, dalle prime esperienze di valutazione di programmi di *welfare* avvenute negli anni Sessanta, che rappresenta, a tutt'oggi, il contesto più maturo di applicazione. Il *benchmark* metodologico in questo campo è costituito dall'esperimento randomizzato con gruppo di controllo, costruito per minimizzare o, addirittura, eliminare i possibili errori di selezione⁵. Molteplici sono stati gli studi di valutazione realizzati attraverso l'esperimento randomizzato utilizzato per la misurazione dell'efficacia di politiche in ambito sanitario, del lavoro e di assistenza economica alle famiglie indigenti⁶ e, di recente, per la valutazione degli interventi educativi⁷.

L'approccio controfattuale alla valutazione degli interventi di tipo socio-sanitario ha conosciuto una diffusione diversa secondo il contesto di riferimento. Infatti, mentre negli Usa vi è stata una applicazione ampia, nel contesto italiano è stato applicato più raramente, trovando maggiore diffusione nell'ambito delle politiche del lavoro (Tatarra *et al.*, 2005; Martini, *et al.*, 2012; Mo Costabella *et al.*, 2011 e 2014) e della formazione (De Paola, *et al.*, 2012).

Per quanto riguarda gli aspetti metodologici, i percorsi documentati da Hwang (2005) e, successivamente, da Fitzpatrick-Lewis (2011) presentano una pluralità di metodi, tra cui il metodo controfattuale, realizzato sia mediante esperimento randomizzato sia con disegni di tipo quasi-sperimentale⁸. Particolarmente interessante è il contributo di Fitzpatrick-Lewis (2011), che analizza 84 articoli, pubblicati in letteratura, secondo i sei criteri⁹ sviluppati dall'*Effective Public Health Practice Project*¹⁰ per determinare la qualità metodologica degli studi nell'ambito della salute pubblica. Gli autori evidenziano l'assenza di studi metodologicamente accurati (*strong* nella loro dizione), mentre 10 si configurano più modesti e la gran parte (74) sono metodologicamente deboli. Le cause di questo *weak rating*, a parere degli autori, sono da imputarsi agli effetti dell'*attrition*, alla difficoltà di applicare la pratica del *single blind* o del *double blind* e ai *selection bias*.

⁵ Si parla di errore di selezione quando si attribuisce alla politica un effetto che è, invece, dovuto a differenze nelle caratteristiche proprie del gruppo sperimentale e di quello di controllo. Nei casi in cui non è possibile effettuare la randomizzazione *ex ante* nella selezione dei casi, si ricorre alle metodologie che cercano di effettuarla *ex post*, definite in generale come metodi quasi-sperimentali.

⁶ A titolo esemplificativo, si segnala la valutazione dell'intervento *Enhanced Early Head Start (EHS) with Employment Service* realizzato dal 2004 al 2007 nel Kansas e in Missouri e rivolto alle famiglie a basso reddito con madri in attesa o con figli sotto i 3 anni. La valutazione degli effetti del programma è stata effettuata con il metodo controfattuale. Per ulteriori dettagli relativi al percorso di valutazione, si rimanda alla consultazione della nota redatta da Santarsiero, Sisti (2013).

⁷ Con riferimento al tema della valutazione delle politiche educative si segnala il portale *What Works Clearinghouse* (WWC), un investimento dell'*Institute of Education Sciences* (IES) del Dipartimento statunitense della Pubblica Istruzione, istituito nel 2002 con l'esigenza di fare da filtro e, al tempo stesso, rendere accessibili i risultati delle ricerche e delle valutazioni nel campo delle politiche educative.

<https://ies.ed.gov/ncee/wwc/FWW>

⁸ Un esempio è presentato nel contributo di Ciaranello (2006), che riguarda interventi sanitari destinati a ex senza fissa dimora ospitati nelle *transitional housing facilities* (THF) della città di Sacramento in California.

⁹ I criteri utilizzati riguardano: *selection bias, study, design, confounders, blinding, data collection methods, and withdrawals and dropouts*.

¹⁰ L'*Effective Public Health Practice Project* (EPHPP) è costituito da un gruppo di ricercatori che realizzano documenti sintetici di elevata qualità destinati agli operatori sanitari e ai *decision makers*, al fine di fornire informazioni per supportare la pianificazione e la fornitura di servizi sanitari pubblici in Canada. Per approfondimenti si consulti il sito <http://www.ephpp.ca/index.html>

Passando al contesto europeo, negli ultimi anni sono state attivate dall'Unione europea un gran numero di rilevanti iniziative politiche, che riguardano il tema delle politiche sociali e il futuro dei sistemi di *welfare*. L'obiettivo è incoraggiare gli Stati membri a perseguire politiche attive al fine di dare priorità agli investimenti sociali e alla modernizzazione dei sistemi di *welfare*. Il paradigma dell'investimento sociale è stato accolto ufficialmente dall'Unione europea nel 2013 con l'adozione del *Social Investment Package (SIP) "Towards Social Investment for Growth and Cohesion"*¹¹. Queste politiche dovrebbero aiutare gli Stati membri ad affrontare le sfide della disoccupazione, della povertà e dell'esclusione sociale accentuate dalla crisi economica e dalle tendenze demografiche di invecchiamento della popolazione.

Il SIP mira a un obiettivo di *policy* triplice:

- spendere più efficacemente ed efficientemente per garantire una protezione sociale adeguata e sostenibile;
- investire nelle competenze delle persone per migliorare le opportunità di integrare la società e il mercato del lavoro;
- garantire sistemi di protezione sociale rispondendo ai bisogni delle persone nei momenti critici durante la loro vita.

In questo contesto, è opportuno segnalare il percorso che ha portato alla definizione del "*Pilastro europeo dei diritti sociali*"¹², un documento che identifica una serie di principi fondamentali comuni a tutti gli Stati membri, focalizzato sulle esigenze e sulle sfide nel campo delle politiche occupazionali e sociali. Il Pilastro europeo dei diritti sociali, al termine della fase di consultazione, è stato proclamato dai leader dell'UE lo scorso novembre 2017 al vertice sociale di Göteborg e rappresenterà il quadro di riferimento per guidare i futuri processi di riforma.

Nonostante l'accordo intorno l'approccio proposto dal SIP e la recentissima adozione del "Pilastro europeo dei diritti sociali" da parte della Commissione Europea, la coerenza tra le ambizioni programmatiche e la riforma, in pratica, non è facile da misurare.

Gli studiosi che hanno intrapreso ricerche empiriche su questo tema, hanno posizioni diverse, che spaziano tra il moderato pessimismo (Morel, Palier e Palme 2011) e il moderato ottimismo (Hemerijck 2012). Specialmente nell'Europa meridionale, la ricalibratura dello stato sociale ha proceduto piuttosto lentamente, spesso ostacolata da vischiosità istituzionale e resistenza politica. La grande recessione e la crisi del debito sovrano, evidentemente, hanno reso le cose più difficili: la pratica comune di misure di emergenza per rispondere alle conseguenze della crisi, piuttosto che una modernizzazione sistematica e strategica con una prospettiva di lungo termine, ha ridotto i margini di manovra dei "modernizzatori" e rafforzato la posizione e il potere dei "conservatori" (Taylor-Gooby 2004 Bonoli *et al.*, 2012; Evers *et al.*, 2012).

¹¹ Con riferimento alle politiche dell'Unione Europea, rileva il *Social Investment Package* adottato dalla Commissione UE il 20 febbraio 2013, con il quale si promuovono azioni di *capacity building* e d'innovazione sociale per rispondere alle attuali esigenze sociali, aumentate dalla situazione di crisi socio economica. Si veda Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, Il Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni: *Towards Social Investment for Growth and Cohesion – including implementing the European Social Fund 2014-2020*. COM(2013) 83 final.

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1044>

¹²Per i documenti relativi al "*Pilastro europeo dei diritti sociali*" e ai (20) principi in esso sanciti, si rimanda al seguente link: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=it&catId=1226>

Con riferimento ai contributi scientifici in ambito europeo, si segnala l'archivio gestito dal *Centre for Research on Impact Evaluation (CRIE)*¹³, che raccoglie gli articoli pubblicati e i documenti di lavoro che utilizzano il metodo controfattuale per valutare l'impatto delle politiche e dei programmi inerenti il mercato del lavoro nonché le politiche a sostegno della popolazione fragile. Da considerare anche l'attività dell'*European Social Network (ESN)*¹⁴, progetto finanziato nell'ambito del programma "Easi" (2014-2020), il quale, oltre a favorire lo scambio di esperienze innovative, ha realizzato studi sui metodi di valutazione dei servizi sociali (Montero, 2015).

In ambito europeo, i lavori di ricerca con approccio controfattuale hanno trovato maggiore diffusione nelle politiche del lavoro (Huje, *et al.*, 2010; Kaiser, *et al.*, 2016; Eppel, 2014) e in particolare della formazione (Gorlitz, *et al.*, 2016; Lechner, *et al.*, 2008; Rinne, *et al.*, 2013). Sono più scarse, ma non irrilevanti, le pubblicazioni sugli interventi a sostegno della popolazione fragile che interessano maggiormente i paesi del nord Europa (Gupta, *et al.*, 2015¹⁵; Roed, *et al.*, 2016¹⁶).

Per concludere questa disamina, con riferimento alla letteratura prodotta in Italia, in generale si può sostenere che l'analisi valutativa degli interventi nel campo delle politiche sociali si è concentrata principalmente sul monitoraggio dei progetti, che, quindi, esclude l'analisi di efficacia, oppure sullo studio di casi specifici, il che rende difficile trarre valutazioni di tipo generale. Tuttavia, a fronte di esperienze mature, che riguardano soprattutto i paesi di cultura anglosassone e del nord Europa, anche l'Italia ha conosciuto nel tempo una progressiva sensibilizzazione al tema¹⁷. Negli ultimi anni è aumentato l'interesse della comunità scientifica rispetto al metodo controfattuale per la valutazione delle politiche pubbliche a sostegno della popolazione fragile e, più in generale, delle politiche sociali. Infatti, questa tipologia di politiche pubbliche è, al contempo, un campo innovativo di applicazione di tecniche per la misurazione degli effetti e un ambito opportuno nel quale sperimentare la valutazione controfattuale (Martini, Trivellato 2011). Questo è ancora più rilevante in un quadro attuale di crescente domanda di politiche pubbliche dirette ad arginare i

¹³ Il *Centre for Research on Impact Evaluation (CRIE)* opera all'interno dell'*European Commission Joint Research Centre (JRC)*. Il CREI fornisce competenze scientifiche e supporto metodologico per la valutazione di impatto controfattuale alla DG Occupazione, Affari Sociali e l'Inclusione (DG EMPL) e agli Stati membri per le valutazioni di impatto degli interventi finanziati con strumenti gestiti dalla DG EMPL e, in generale, con il Fondo sociale europeo. Questo il link all'archivio degli articoli pubblicati e ai documenti di lavoro:

https://crie.jrc.ec.europa.eu/CIE_database/cieDatabase.php

¹⁴ Tra le ricerche prodotte dall'ESN si segnala *Evidence in public social services an overview from practice and applied research* (Alfonso Lara Montero, April 2015). Per maggiori informazioni:

<http://www.esn-eu.org/evidence-and-innovation/index.html>

¹⁵ Si veda Gupta N.D, Larsen M. Thomsen L.S., *Do wage subsidies for disabled workers reduce their non-employment? - Evidence from the Danish Flexjob scheme*. Gennaio 2015.

Questo il link: <https://izajolp.springeropen.com/articles/10.1186/s40173-015-0036-7>

¹⁶ Si veda, Roed K., Markussen S., *Leaving Poverty Behind? The Effects of Generous Income Support Paired with Activation*, in *American Economic Journal: Economic Policy* Vol. 8, No. 1, February 2016.

Questo il link: <https://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/pol.20140334>

¹⁷ Si segnala che il PON Inclusione, finanziato a valere sui fondi strutturali 2014-2020, ha previsto una valutazione con metodo controfattuale della sperimentazione dello Strumento di Inclusione Attiva (SIA) in 12 grandi Comuni. Questo il link al Piano di Valutazione del PON Inclusione 2014-2020:

<http://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/europa-e-fondi-europei/focus-on/pon-Inclusione/Documents/Piano-di-valutazione-Pon-Inclusione-approvato.pdf>

Inoltre, da segnalare anche il caso del "Fondo per il contrasto alla povertà educativa minorile" (legge n. 208/2015, art. 1 comma 392) gestito dall'Impresa sociale "Con i bambini". I vari bandi emanati per finanziare gli interventi richiedono tutti una valutazione d'impatto e, tra gli approcci metodologici raccomandati, una grande attenzione è dedicata proprio alla valutazione controfattuale, che deve essere realizzata da soggetti dotati delle competenze necessarie. A tale fine, previa selezione, è stato istituito un apposito Albo dei valutatori, che vede anche la partecipazione del Consorzio MIPA. <http://www.conibambini.org/valutazione-di-impatto-elenco-soggetti-valutatori/>

fenomeni di fragilità e marginalità sociale legati all'aumento della povertà e a dinamiche demografiche di progressivo invecchiamento della popolazione. Come accennato sopra, in questo quadro anche in Italia i lavori di ricerca con metodo controfattuale hanno sicuramente trovato maggiore diffusione nell'ambito delle politiche del lavoro e della formazione (Martini, *et al.*, 2012; Sestito, *et al.*, 2016; Brunello, *et al.*, 2012; Mo Costabella, 2014), ma non mancano alcuni tentativi di applicazione specifica su interventi diretti ad arginare la fragilità sociale (Sisti *et al.*, 2013¹⁸; Canino, *et al.*, 2013¹⁹; Martini, *et al.*, 2014²⁰; Pellegrini, *et al.*, 2014²¹).

Lo studio che proponiamo si differenzia dalla gran parte della letteratura sulla valutazione di questo tipo di interventi in Italia, sia per l'uso dell'approccio controfattuale con gruppo di controllo, sia per alcune specificità relative all'ambito e alle caratteristiche dei soggetti destinatari. Il confronto con la letteratura precedente richiede, quindi, molta attenzione nel considerare aspetti comuni e diversità nella metodologia e nell'applicazione.

3 La descrizione dell'intervento (storia del progetto)

Il progetto INSPIRE, finanziato dalla Commissione Europea (DG Employment and Social Inclusion) all'interno del programma EaSI – asse Progress - risponde alla forte esigenza di riforma del sistema dei servizi di cura della fragilità, a cui da diversi anni Roma Capitale sta lavorando. La crescente domanda, corrispondente a un aumento, ma anche a una differenziazione dei bisogni della popolazione fragile, si confronta con una costante riduzione delle risorse disponibili, rendendo urgente la necessità di individuare modalità innovative che consentano di utilizzarle al meglio, rispondendo in maniera appropriata alle esigenze delle persone in condizioni di fragilità. Tale risposta punta ad attivare prioritariamente le risorse imprenditoriali del privato sociale, che diventano veri “attivatori di *welfare*” attraverso la produzione di cura. Il processo virtuoso che il progetto ha sperimentato è quello di partire da un bisogno (la cura delle fragilità sociali) e di rispondere a esso attivando gli stessi portatori di bisogni sociali, innescando così un circuito che promuova autodeterminazione e imprenditorialità.

Il progetto INSPIRE ha contato su una partnership pubblico-privata articolata, che se da un lato ha rispecchiato la complessità delle azioni progettuali, dall'altro ne ha reso possibile l'implementazione attraverso l'indispensabile collaborazione tra organismi con caratteristiche molto diverse. Il progetto è stato promosso e coordinato dal Dipartimento Politiche Sociali, Sussidiarietà e Salute di Roma Capitale. I partner comprendono enti pubblici di ricerca (Dipartimento di Architettura e Progetto – Sapienza Università di Roma, CNR-IASI), soggetti privati esperti nella consulenza, ricerca e valutazione delle politiche sociali (Consorzio MIPA, Studio Come), organismi

¹⁸ Santarsiero S., Sisti M. (2013). *L'offerta di servizi multipli a famiglie indigenti con figli piccoli conduce all'autosufficienza economica?*

Testo disponibile sul sito: <http://www.capire.org/capireinforma/scaffale/valut-azione15092013.pdf>

¹⁹ Canino P., Barbetta G.P., Cima S. e Petrolati F. (2013). *Lavoro e Psiche. Un progetto sperimentale per l'integrazione lavorativa di persone con gravi disturbi psichiatrici*. Quaderni dell'Osservatorio. Fondazione Cariplo.

²⁰ Martini A., Barbetta G. (2014). *Cosa si può imparare dagli esperimenti con partial compliance: il caso dell'effetto inatteso dei tirocini sull'inserimento lavorativo dei disabili psichici*. Rassegna Italiana di Valutazione, Fascicolo 62, Franco Angeli.

²¹ Pellegrini G., D'Amen B., Lanzoni F.M., Cucinotta L., Di Prinzio A. (2014). *L'applicazione del metodo controfattuale per la valutazione di un intervento di welfare d'emergenza: il progetto Youssam a Roma Capitale*, Rassegna Italiana di Valutazione, fasc. 59, pp. 124-147, 2014, DOI: 10.3280/RIV2014-059007.

del privato sociale (Comunità Capodarco di Roma, Coop. Manser, Coop. Il Grande Carro, Forum del Terzo Settore del Lazio). La partnership è stata selezionata attraverso una procedura a evidenza pubblica e ha partecipato alla co-progettazione della proposta, che è stata valutata positivamente e finanziata dalla Commissione Europea.

Il progetto, avviato a settembre 2015, si è concluso nel dicembre 2017, per una durata complessiva di 27 mesi. Il budget a disposizione è stato di 2.100.655,00 euro, di cui 1.662.655 finanziati dalla Commissione europea.

INSPIRE si è posto l'obiettivo di rinnovare il sistema di offerta dei servizi in modo tale che sia in grado di prendere in carico in maniera efficace e personalizzata tutte le tipologie di fragilità, offrendo una serie di servizi integrati, attivando anche le risorse della stessa popolazione fragile.

A tal fine, da un lato il progetto ha previsto la realizzazione di azioni di sistema per ridefinire il modello complessivo dell'offerta nella direzione di una maggiore integrazione sia a livello di *policy* (anche attraverso il confronto e lo scambio internazionale di buone pratiche) sia informativa; dall'altro le attività hanno incluso la sperimentazione di una serie di interventi innovativi, volti a implementare un sistema di servizi flessibile in grado di integrare il tradizionale rapporto 1 a 1 tra operatore e utente con un approccio di tipo collettivo. Sono proprio queste le azioni sottoposte a valutazione controfattuale, per poter disporre di dati *evidence-based* in grado di supportare l'*upscaling* della riforma dei servizi sociali, che la stessa proposta prevede.

I servizi sperimentali di INSPIRE hanno avuto luogo in cinque Municipi di Roma Capitale – V, VII, IX, XII e XIV - individuati sulla base di alcuni criteri, ritenuti idonei a identificare i territori più favorevoli alla sperimentazione stessa:

- forte motivazione del servizio sociale a sperimentare altri servizi;
- presenza di un sistema di *governance* allargato, condiviso e partecipato;
- buon livello di integrazione socio-sanitaria;
- presenza di esperienze innovative nel territorio che delineano il passaggio dal modello operativo 1 a 1 al modello collettivo di intervento;
- forte vitalità delle organizzazioni no profit del territorio;
- propensione alla partecipazione dei cittadini;
- presenza di servizi simili a quelli previsti per la sperimentazione;
- presenza di strutture per lo sviluppo dell'impresa sociale;
- presenza di locali e spazi da destinare ai servizi sociali;
- presenza nel territorio di spazi e strutture adeguate a ospitare laboratori socio-occupazionali.

La selezione dei territori in cui sperimentare ha tenuto conto anche del fatto che due dei cinque Municipi selezionati (V e VII) stanno affrontando l'integrazione amministrativa²² tra due Municipi preesistenti. Questo è stato un elemento rilevante per la valutazione dell'impatto della sperimentazione perché questi territori stanno affrontando alcune difficoltà gestionali e organizzative che in qualche modo hanno influenzato la sperimentazione. Nello stesso tempo, affrontare tali criticità nella fase sperimentale ha permesso al Dipartimento Politiche Sociali,

²²Deliberazione Assemblea Capitolina n. 11/2013 e Deliberazione Giunta Capitolina n. 392/2013.

Sussidiarietà e Salute e al gruppo di lavoro INSPIRE di individuare soluzioni a difficoltà organizzative da diffondere anche ad altri Municipi.

4 L'approccio alla valutazione controfattuale

L'approccio della valutazione si è basato sulla costruzione di uno scenario controfattuale: si confrontano indicatori di salute psico-fisica, livelli di *empowerment*, autonomia personale, benessere sociale, che si registrano negli individui beneficiari dei servizi sperimentali (*Tutoring*, Laboratorio socio-occupazionale, Condominio solidale), con il loro controfattuale, ovvero con i valori che avrebbero avuto gli stessi indicatori in assenza di intervento, i quali non sono ovviamente noti e possono solo essere stimati. Inoltre, i risultati della valutazione controfattuale rappresentano elementi *evidence-based* indispensabili per rispondere alle seguenti domande:

- Quale è il livello di efficacia del modello dei servizi di tipo collettivo sperimentati con INSPIRE rispetto agli obiettivi che questi si pongono?
- Il modello dei servizi INSPIRE può considerarsi integrativo e complementare al modello esistente di fruizione dei servizi per la fragilità, che si fonda principalmente sull'assistenza domiciliare e sul tradizionale rapporto 1 a 1 tra operatore e utente?

In questo quadro, la valutazione controfattuale diventa strumentale per indagare sulla capacità del modello sperimentato in INSPIRE di generare un aumento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema di servizi di cura della fragilità in termini di:

- miglioramento dell'assistenza alle persone in condizioni di fragilità attraverso una maggior rispondenza dell'intervento ai reali bisogni dell'utente e alla tipologia di fragilità;
- razionalizzazione della spesa pubblica per la cura della fragilità attraverso l'erogazione di servizi di assistenza collettivi meno costosi e, quindi, più sostenibili;
- riduzione delle liste di attesa per l'accesso ai servizi, eliminando le sovrapposizioni di interventi e relativi costi sulla stessa persona fragile e tentando di integrare prestazioni sociali e sanitarie.

4.1.1 Servizi sperimentati: identificazione degli obiettivi

I servizi oggetto della sperimentazione INSPIRE e sottoposti a valutazione controfattuale sono:

- *Tutoring* - servizio personalizzato di supporto alla realizzazione del progetto individualizzato. La funzione di *tutoring* è stata svolta da un operatore sociale con lo scopo di integrare gli interventi previsti dal progetto di assistenza ed effettuati dai diversi servizi, enti e soggetti coinvolti e di collaborare al monitoraggio del progetto stesso. Il tutor è, quindi, un nodo organizzativo nella rete dei servizi, che ha la funzione specifica di integrare l'equipe responsabile del progetto di sostegno (responsabile del caso) con le altre risorse professionali e non.
- *Laboratorio socio-occupazionale* - servizio collettivo che garantisce ai soggetti fragili coinvolti percorsi individuali di "riabilitazione sociale", integrando attività lavorative con quelle di supporto allo sviluppo personale. In tale contesto, il lavoro ha una funzione educativa e formativa, in quanto i laboratori prevedono la realizzazione di prodotti veri e di qualità, anche se non nei tempi propri di un sistema produttivo.

- Condominio solidale - servizio di sostegno e accompagnamento destinato a più soggetti fragili, che abitano in luoghi limitrofi (case, caseggiati, strade), attraverso la presenza di un operatore. Il servizio è basato sul principio della prossimità dei soggetti tra loro e sull'attivazione delle reti di solidarietà e di aiuto del territorio.

L'esercizio valutativo ha l'obiettivo specifico di determinare quale sia l'impatto attribuibile agli interventi attivati con il progetto INSPIRE sui soggetti fragili che hanno usufruito dei suindicati servizi collettivi.

Ai fini dell'analisi controfattuale, la sezione degli indicatori di risultato è centrale. Questi devono essere necessariamente correlati agli obiettivi che ciascun intervento (laboratori socio-occupazionali, *tutoring* e condomini solidali) intende perseguire e al grado di abilità/capacità possedute da ogni assistito. Data la comprensibile difficoltà nel misurare direttamente certe dimensioni, si tratta di individuare una serie di indicatori indiretti che costituiscano una spia attendibile di una determinata situazione personale/sociale o di un mutamento della medesima.

Nel seguito sono sintetizzate le dimensioni di analisi su cui, secondo la teoria del cambiamento sottesa al progetto, ci si aspetta che gli interventi di INSPIRE abbiano un impatto:

- Impatto sui carichi familiari.
- Impatto sullo stato di salute.
- *Empowerment* - capacità di progettare il futuro.
- Autonomia personale e benessere sociale.
- Grado di soddisfazione del servizio (solo per il gruppo in trattamento).

Una sfida particolare è rappresentata dal fatto che, spesso, alcuni risultati che si ottengono sui soggetti manifestano un andamento altalenante (benché tendenzialmente crescente), spesso collegato a interruzioni anche non volontarie del trattamento, che rende il momento di rilevazione dei risultati non indifferente rispetto alla loro quantificazione.

Inoltre, è opportuno considerare gli indicatori anche sul piano economico, ovvero rilevare grandezze (o osservare l'impatto economico di grandezze comunque rilevate: si pensi all'uso di farmaci o al numero di ricoveri) che possono illustrare un eventuale risparmio di spesa ottenibile dall'utilizzo dei servizi in forma innovativa.

Ancora, con il progetto INSPIRE sono state avviate anche misure di riforma e razionalizzazione dei processi amministrativi, che semplificano il rapporto tra utenti e soggetti erogatori²³. Ci si attende, quindi, non solo di estendere la platea dei fruitori dei servizi a parità di risorse economiche impegnate, ma anche di fornire un servizio maggiormente rispondente alle esigenze di ognuno, ad accesso più semplice e con maggiore comodità di utilizzo. Queste e altre, rappresentano grandezze che riflettono il mutamento avvenuto nella condizione personale degli assistiti imputabili al nuovo sistema di servizi sociali e che possono essere analizzate per qualificarne al meglio gli effetti ottenibili anche su più ampia scala.

²³ Sul tema della razionalizzazione dei processi amministrativi e del rafforzamento dei processi di monitoraggio e valutazione dei servizi e delle policy rivolte alla popolazione fragile, è importante evidenziare, all'interno del progetto INSPIRE, che è stato progettato, sviluppato, testato e reso fruibile per i vari attori istituzionali (Servizio Sociale professionale dei Municipi, Dipartimento politiche sociali, sussidiarietà e salute di Roma Capitale, ecc.) un sistema informativo di tipo SaaS - Software as a service - finalizzato alla gestione, al controllo e al monitoraggio dei servizi erogati da Roma Capitale alla popolazione fragile.

In questo quadro, appare opportuno sottolineare l'importanza rispetto alla necessità di avere a disposizione una base dati che consenta di gestire il processo di selezione/gestione dei soggetti coinvolti nella sperimentazione, sia per quanto riguarda le condizioni ex-ante sia per quelle seguenti il trattamento. Questo aspetto ha fatto emergere alcune criticità, che saranno analizzate in dettaglio nel paragrafo 4.1.3 .

4.1.2 Lo strumento di valutazione (il questionario e i profili per la valutazione)

Lo strumento utilizzato per la rilevazione dei dati sulle variabili obiettivo è stato un questionario²⁴ somministrato ai due gruppi (trattamento e controllo) a inizio e fine intervento, con il duplice scopo di avere lo scenario iniziale rispetto al quale confrontare quello finale e fornire, inoltre, uno strumento per un monitoraggio *in itinere* della situazione.

La modalità di somministrazione del questionario e della rilevazione dei dati è stata prevalentemente l'intervista diretta, in cui l'operatore, previamente formato, è stato il soggetto deputato a effettuare la rilevazione affiancando sempre il soggetto e/o il familiare²⁵ nella compilazione. La somministrazione del questionario è stata a compilazione assistita, anche per tenere conto delle difficoltà legate ad alcune tipologie di disabilità. Inoltre, il questionario ha previsto una sezione sui carichi familiari, che è stata somministrata direttamente al genitore o al familiare convivente (per i gruppi in trattamento e controllo del tutoring questa sezione non è stata somministrata a causa delle oggettive difficoltà di intercettare un familiare). Questo, al fine di applicare il criterio della multiassialità²⁶, in grado cioè di integrare diversi punti di vista: operatori, familiari e utenti. In alcuni casi, relativi al gruppo di controllo, nella somministrazione *ex post*, il questionario è stato effettuato con intervista telefonica. Questo perché è risultato molto complicato convocare fisicamente il soggetto e/o il familiare da intervistare, per ragioni legate sia alla tipologia di disabilità sia alla mancanza di incentivi a partecipare alla rilevazione in maniera diretta.

È risultato importante definire compiutamente fin dall'inizio le grandezze da rilevare ai fini della valutazione delle condizioni degli assistiti e individuare, laddove possibile, scale di valutazione/misurazione del grado di bisogno o di disagio sociale. Il lavoro di definizione delle grandezze, delle dimensioni di analisi e della scelta delle variabili obiettivo è stato condotto integrando le competenze multidisciplinari presenti nel gruppo di lavoro e tenendo sempre bene a mente quale fosse la teoria del cambiamento sottesa agli interventi innovativi previsti dal progetto INSPIRE. Il risultato di questo lavoro è confluito all'interno del questionario utilizzato per la rilevazione dei dati.

²⁴ È stato condotto un test pilota su 10 soggetti fragili tenendo conto delle differenti tipologie di utenza al fine di sperimentare la coerenza e la qualità delle risposte alle domande del questionario. Maggiori dettagli sulla costruzione del questionario sono riportati nelle note di chiusura.

²⁵ Per i soggetti psichiatrici con cartella aperta presso il DSM e per soggetti con alcune tipologie di disabilità, nella situazione di oggettiva impossibilità a intervistare il soggetto, si è valutato che alcune sezioni fossero compilate dall'operatore che conosceva la storia del soggetto o dal familiare (affiancato sempre dall'operatore), che ha fatto il possibile per "immedesimarsi" nel soggetto e rispondere "come il soggetto avrebbe risposto".

²⁶ Sul criterio di multiassialità si veda: Palestini L. Nicoli M.A. *Teatralmente Una valutazione d'esito applicata al Progetto regionale "Teatro e salute mentale"*.

Link al documento: <http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/pubblicazioni/dossier/doss249>

In Tabella 1 si riporta la macrostruttura del questionario, che evidenzia le dimensioni di analisi e le singole variabili obiettivo oggetto di valutazione. Come si evince dalla struttura del questionario, la sezione predominante è quella relativa agli indicatori di impatto, all'interno della quale sono state previste 4 sotto-sezioni (coincidenti con le dimensioni di analisi citate sopra), che raggruppano una serie di domande dirette a misurare l'andamento delle singole variabili obiettivo, su cui gli interventi INSPIRE, si è ipotizzato, generino un cambiamento. Il questionario è stato costruito cercando di utilizzare strumenti già testati e consolidati in letteratura al fine di dotarsi di uno strumento robusto.

Come evidenziato in Tabella 1 le 4 sotto-sezioni del questionario sono dirette a indagare una dimensione di analisi specifica. Nelle note di chiusura sono indicate in maniera specifica i riferimenti scientifici utilizzati per la costruzione del questionario.

Le dimensioni di analisi sono così sintetizzabili:

- **Impatto sui carichi familiari**
 - Domande selezionate da “*Questionario per i Problemi dei Familiari*”, strumento sviluppato dall’Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l’Istituto di Psichiatria dell’Università di Napoli
- **Impatto sullo stato di salute**
 - Domande tratte da “*Questionario sullo stato di salute SF-12*”; Versione italiana aggiornata al 2005 a cura di IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri
- **Impatto su *empowerment* - capacità di progettare il futuro**
 - Domande selezionate e riadattate, rispetto alle esigenze dell’indagine, partendo dalla scala dell’*Empowerment* versione italiana (Straticò & Degli Esposti, 2002)
- **Impatto su autonomia personale e benessere sociale**
 - Domande selezionate da *WHODAS II*, strumento sviluppato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità per la misurazione dei livelli di disabilità autopercepita, indipendentemente da una diagnosi medica

Tabella 1 – Questionario: macrostruttura e dimensioni di analisi

Sezioni/sotto-sezioni e variabili obiettivo rilevate attraverso il questionario	Domande del questionario	Rispondente	
SEZIONE 1: CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO			
✓ Tipo servizio		Operatore	
✓ Anagrafica sintetica del soggetto			
SEZIONE 2: INDICATORI DI IMPATTO			
SEZIONE 2.1: Impatto sui carichi familiariⁱ			
○ Carico oggettivo	domande: 1-3; 8; 9	Familiare	
○ Atteggiamenti positivi	domande: 4; 5		
○ Costi indiretti	domande: 6; 7		
SEZIONE 2.2: Impatto sullo stato di saluteⁱⁱ			
○ Salute in generale	domande 10; 21-23	Soggetto	
○ Salute fisica	domande 11-14; 17		
○ Salute mentale	domande: 15; 16; 18-20		
SEZIONE 2.3: Impatto su empowermentⁱⁱⁱ - capacità di progettare il futuro			
○ Autostima-autoefficacia	domande: 26; 27; 31		
○ Capacitazione-incapacità	domande: 24; 25		
○ Attivismo nella comunità e autonomia	domande: 28; 30		
○ Ottimismo e controllo sul futuro	domanda: 29		
SEZIONE 2.4: Impatto su autonomia personale e benessere sociale^{iv}			
○ Attività cognitive	domande: 36		
○ Mobilità	domande: 34; 37		
○ Cura di sé	domande: 38; 39		
○ Relazionarsi con le persone	domande: 40; 41		
○ Attività della vita quotidiana	domande: 33		
○ Partecipazione	domande: 35		
SEZIONE 3: GRADO DI SODDISFAZIONE DEL SERVIZIO (solo per il gruppo in trattamento)			
✓ Erogazione del servizio	domande: 43-45	Operatore	
SEZIONE 4: MODALITÀ DI CHIUSURA INTERVENTO (solo per il gruppo in trattamento)			

4.1.3 Identificazione e costruzione del campione fattuale e controfattuale: soggetti rilevati e numeri della sperimentazione

Per l'impostazione dell'analisi controfattuale è stata rilevante la definizione dei criteri di selezione del gruppo in trattamento e del gruppo di controllo. Questo, al fine di tenere conto, nel modello di stima dell'impatto degli interventi, di eventuali problemi di autoselezione²⁷, legati cioè alle "differenze di partenza" tra i soggetti inseriti nel gruppo in trattamento e in quello di controllo.

Per individuare le persone da inserire nei due gruppi, si sono utilizzati dati di fonte amministrativa forniti dai singoli servizi sociali professionali dei Municipi di Roma Capitale e delle Asl in cui si è svolto il progetto.

²⁷ Per approfondimenti su problemi di autoselezione e dinamiche spontanee nei modelli di stima di impatto si veda: Martini A., Sisti M. (2009). *Valutare il successo delle politiche pubbliche*. Bologna, Il Mulino

Tuttavia, nella fase operativa di selezione delle persone da assegnare ai due gruppi, i criteri teorici riferiti alle condizioni ex-ante dei soggetti, stabiliti nella fase di progettazione della valutazione, sono stati adattati al reale contesto di riferimento, all'interno del quale sono emerse una serie di criticità così sintetizzabili:

- limitata informatizzazione e scarso aggiornamento dei dati in possesso del servizio sociale riferiti alla situazione di partenza (ex ante) dei soggetti (livello assistenziale/tipologia di disagio, utente/non utente di altri servizi/attività collettive e socializzanti, primo anno di presa in carico, ecc.). Inoltre, questo elemento ha fatto emergere una scarsa integrazione e cooperazione sia tra i servizi sociali di diverse municipalità sia tra singoli servizi/uffici interni allo stesso municipio;
- constatazione che una parte della domanda di politiche sociali della popolazione fragile rimane sommersa, cioè non riesce a raggiungere il servizio sociale professionale del municipio per varie ragioni; queste le più rilevanti:
 - le persone fragili che hanno una rete familiare/sociale debole o inesistente fanno molta fatica a far arrivare il loro bisogno al servizio sociale professionale;
 - le famiglie (soprattutto di disabili e anziani) che hanno maggiori risorse relazionali ed economiche fanno spesso fronte ai propri bisogni con risorse economiche private o con risorse interne alla famiglia, sostenendo pesanti carichi familiari;
 - in alcuni casi la domanda, prima di raggiungere gli operatori istituzionali, è intercettata da reti sociali informali (parrocchie, associazionismo no profit, volontario e spontaneo);
 - la domanda non riesce a essere gestita dal servizio sociale professionale in maniera adeguata a causa di deficit organizzativi e mancanza di risorse economiche, generando quindi il fenomeno delle liste di attesa;
- sovrapposizioni di interventi sulla stessa persona fragile sia a carattere sociale sia sanitario, di cui i municipi non sono a conoscenza;
- diffidenza da parte dei soggetti in lista di attesa a partecipare a una sperimentazione limitata nel tempo, con conseguente necessità di individuare le persone da inserire nel gruppo in trattamento al di fuori delle liste del servizio sociale professionale;
- gestione della privacy e considerazioni di tipo etico. Quest'ultimo aspetto va governato in maniera adeguata nell'ambito delle valutazioni su interventi di questo tipo, sia con riferimento all'acquisizione ed elaborazione di dati sensibili relativi alla popolazione fragile sia per quanto riguarda le cautele da utilizzare per gestire le aspettative che si generano nelle persone fragili e all'interno delle loro famiglie su interventi sperimentali di questo tipo, che sono comunque limitati nel tempo.

Nella Tabella 3 sono riepilogati i criteri individuati per la selezione dei soggetti inseriti nel gruppo in trattamento e di controllo con l'obiettivo di assicurare che i due gruppi abbiano caratteristiche statisticamente simili *ex ante*. A tal fine si è tenuto conto sia della tipologia di servizio (Laboratori socio-occupazionali, *Tutoring* e Condomini solidali) sia della tipologia di beneficiari (disabili adulti, persone/nuclei fragili, anziani). Tale selezione è stata realizzata in stretta sinergia con i Servizi Sociali municipali e distrettuali delle Asl ed è stata una vera sfida per la realizzazione del progetto, di cui tenere conto per il futuro.

Il gruppo di persone assistite (“in trattamento”) è composto da **162 soggetti**, corrispondenti all’attivazione di 162 contratti di assistenza. Questi soggetti sono stati selezionati a partire da 179 persone con fragilità sociale, individuate dai servizi sociali e sanitari territoriali, in collaborazione con le cooperative e le comunità che hanno realizzato gli interventi nei 5 municipi sperimentali. Tale numerosità è da intendersi come una quantità minima, ma sufficiente per ottenere la precisione di stima desiderata. Come evidenziato in Tabella 2, il tasso di cadute/abbandoni nel gruppo in trattamento tra la somministrazione ex ante ed ex post è stato del 14%.

Tabella 2 - I numeri della sperimentazione per tipologia di soggetto

Tipologia soggetto	Gruppo trattamento ex ante	Gruppo trattamento ex post	Gruppo controllo ex ante	Gruppo controllo ex post	% cadute Trattamento	% cadute Controllo
Disabili adulti	59	50	61	55	6%	4%
Soggetti con cartella aperta presso il DSM	36	32	44	31	2%	8%
Nuclei/soggetti fragili	55	47	36	29	5%	4%
Anziani/disabilità	12	10	23	17	1%	4%
Totale	162	139	164	132	14%	20%

nota: i numeri della Tabella 2 divergono leggermente da quelli presentati in Tabella 3 perché i criteri di disaggregazione sono diversi (Tabella 2 per tipologia di soggetto, Tabella 3 per servizio). Tuttavia, il numero totale delle persone in trattamento risulta il medesimo.

La durata complessiva della fase di sperimentazione è stata di circa 10 mesi, di cui 1-2 mesi necessari per la co-progettazione con i servizi municipali e l’individuazione dei beneficiari e 8-9 mesi di intervento. Questo gruppo (in trattamento) è stato selezionato nell’ambito delle persone in lista di attesa presso i servizi sociali professionali, che principalmente sono stati individuati nelle liste di attesa dei servizi SAISH²⁸, SAISA²⁹ per quanto riguarda disabili adulti e anziani, nelle liste di pazienti con cartella aperta presso i centri di salute mentale per i soggetti con disturbo psichiatrico e in altre liste per i nuclei e soggetti fragili da assistere con il servizio di *tutoring*. Da segnalare che queste persone, in alcuni casi, hanno manifestato perplessità nell’accettare l’inserimento nel gruppo in trattamento perché, essendo i servizi INSPIRE in ogni caso a termine, temevano, senza motivo, di perdere la posizione acquisita in lista di attesa.

²⁸ Il SAISH (Servizio per l’Autonomia e l’Integrazione Sociale della persona Handicappata) è costituito da un insieme di prestazioni di aiuto alle persone disabili a sostegno della loro autosufficienza, autonomia e partecipazione sociale. Può usufruire del servizio la persona disabile che "presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione" (Legge 104/92). Sono escluse le persone la cui disabilità derivi da patologie strettamente connesse ai processi di invecchiamento o da malattie psichiatriche. Obiettivi primari del servizio sono il sostegno per l’autosufficienza, il conseguimento del grado massimo di autonomia personale e il sostegno alla socializzazione al fine di conseguire il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale e sociale.

Obiettivi secondari del servizio sono la riduzione del ricorso alla istituzionalizzazione e il sostegno al nucleo familiare.

²⁹ Il SAISA (servizio per l’autonomia e l’integrazione sociale della persona anziana) è il servizio per l’assistenza domiciliare agli anziani parzialmente autosufficienti. Il SAISH (servizio per l’autonomia e l’integrazione della persona disabile) è finalizzato a favorire il recupero di una parziale autonomia della persona disabile tramite interventi di cura della persona, aiuto domestico, espletamento di pratiche burocratiche, accompagnamento ai centri di terapia e attività culturali, formative, sportive e ricreative.

Il servizio, che prevede interventi individuali e/o di gruppo, si propone di mantenere il più possibile la persona nel proprio ambiente domestico, ma al contempo offrire un sostegno al nucleo familiare. Essendo un servizio a carattere socio-assistenziale, non comporta interventi riabilitativi di tipo specialistico, le cui prestazioni sanitarie e socio-sanitarie rimangono di pertinenza delle ASL.

Sempre con riferimento al gruppo in trattamento, se guardiamo i dati sul numero di beneficiari disaggregati per servizio (vedi Tabella 3³⁰) risulta:

- *laboratori socio-occupazionali*, **96 disabili adulti** di cui 68 disabili adulti medio-gravi e 28 con diagnosi psichiatrica, realizzati in tutti i 5 municipi sperimentali (livello assistenziale basso e medio o giovani e adulti con sofferenza mentale con cartella aperta al Dipartimento di Salute Mentale - DSM);
- *tutoring*, **54 beneficiari fragili**, realizzati nei municipi V, XII e XIV (adulti disabili e non, adulti a rischio marginalità sociale, persone con sofferenza mentale e/o loro familiari);
- *condomini solidali*, **12 anziani fragili**, realizzati nel IX e nel XIV municipio (anziani fragili con livello assistenziale medio/alto).

Passando al **gruppo di controllo**, questo è composto da un numero di persone in linea con il gruppo in trattamento, per cui **164 persone** (il totale delle persone da monitorare è stato quindi di 326 soggetti). Il tasso di cadute/abbandoni nel gruppo di controllo tra la somministrazione ex ante ed ex post è stato, come prevedibile, leggermente superiore a quello in trattamento e pari al 20% (vedi Tabella 2). La selezione è stata effettuata in modo da rispecchiare, sotto gli opportuni criteri definiti in Tabella 3, quanto più possibile le caratteristiche del gruppo in trattamento ed è avvenuta tra le persone attualmente assistite presso il servizio sociale professionale. Anche nel caso del gruppo di controllo i soggetti sono stati principalmente individuati nei servizi SAISH e SAISA (per quanto riguarda disabili adulti e anziani), presso il Dipartimento di salute mentale (per i soggetti con disturbo psichiatrico) e in altre liste di servizi (per i nuclei e soggetti fragili da assistere con il servizio di *tutoring*). Si è cercato di rilevare anche nel gruppo di controllo le caratteristiche in base alle quali sono state selezionate le persone che appartengono al gruppo in trattamento, allo scopo di fornire i profili che il gruppo di controllo deve “mimare” per poter rappresentare adeguatamente lo scenario controfattuale. Per esempio, oltre alle tipiche caratteristiche anagrafiche, si sono considerate variabili legate alla tipologia e al livello di bisogno. Tuttavia, sebbene ci sia stata una particolare cura nella selezione dei trattati e del gruppo di controllo, l’analisi statistica rileva che i due gruppi sono, sulla base del questionario ex ante, ovvero prima dell’intervento, lievemente diversi. Tale diversità non sorprende e, per questo motivo, è stata adottata una procedura ad hoc differente da un metodo basato su una scelta randomizzata (si veda paragrafo 4.1.4.).

La parcellizzazione del gruppo in trattamento tra i vari servizi innovativi soltanto in alcuni casi ha comportato alcune implicazioni ai fini della significatività statistica dell’esperimento controfattuale nel suo complesso. Considerando i singoli sottogruppi, ognuno relativo a uno dei servizi innovativi, soprattutto per quelli a più bassa numerosità, in alcuni casi non è stato possibile avanzare proposizioni di significatività statistica; tuttavia si è potuto disporre di una misurazione che ha potuto attestare il verificarsi di un eventuale effetto sulle condizioni degli assistiti (per approfondimenti su questi aspetti si veda paragrafo 4.1.6 e capitolo 5).

Da evidenziare, infine, che l’individuazione di beneficiari potenziali dei servizi da inserire nel gruppo di controllo ha presentato delle criticità, dato che i soggetti coinvolti avevano ancora minori incentivi di partecipare alla sperimentazione (in questo caso non si sarebbe erogato nessun servizio aggiuntivo).

³⁰ I numeri della Tabella 3 divergono leggermente da quelli in Tabella 2 perché risultano i dati per servizio (quindi solo per il gruppo in trattamento) risultano

Tabella 3 - Criteri di selettività per l'individuazione del gruppo in trattamento e del gruppo di controllo per tipologia servizi e tipologia di beneficiari

Servizi	Tipologia beneficiari	Numero beneficiari	Liste - Criteri selettività	
			Gruppo in trattamento	Gruppo di controllo
Laboratori socio-occupazionali	Disabili adulti	68	<ul style="list-style-type: none"> - Liste di attesa assistenza domiciliare per disabili adulti (SAISH) e altre liste - Livello assistenziale basso e medio - Senza altro servizio di tipo collettivo e/o socializzante (centro diurno o altri servizi/attività di tipo collettivo) - Età compresa tra i 18 e i 55 anni - Data di presa in carico più recente possibile (questo non è un criterio vincolante ma preferibile) 	<ul style="list-style-type: none"> - Liste di utenza assistenza domiciliare per disabili adulti (SAISH) e altre liste - Livello assistenziale basso e medio - Senza altro servizio di tipo collettivo e/o socializzante (centro diurno o altri servizi/attività di tipo collettivo) - Età compresa tra i 18 e i 55 anni - Data di presa in carico più recente possibile (questo non è un criterio vincolante ma preferibile)
	Soggetti diagnosi psichiatrica con cartella aperta al CSM (Centro di salute mentale)	28	<ul style="list-style-type: none"> - Lista di pazienti che usufruiscono solo di trattamento farmacologico (quindi NON usufruiscono di servizi che prevedono attività collettive/socializzazione) - Età compresa tra 30-65 anni - Patologie in linea con quelle del gruppo in controllo (disturbo schizoaffettivo cronico, sindrome bipolare, disturbo personalità, paranoia, disturbo dissociativo, stato ansioso) - Pazienti presi in carico recentemente (questo non è un criterio vincolante ma preferibile) 	<ul style="list-style-type: none"> - Lista di pazienti che usufruiscono solo di trattamento farmacologico (quindi NON usufruiscono di servizi che prevedono attività collettive/socializzazione) - Età compresa tra 30-65 anni - Patologie in linea con quelle del gruppo in controllo (disturbo schizoaffettivo cronico, sindrome bipolare, disturbo personalità, paranoia, disturbo dissociativo, stato ansioso) - Pazienti presi in carico recentemente (questo non è un criterio vincolante ma preferibile)
Servizi di tutoring	Nuclei/soggetti fragili	54	<ul style="list-style-type: none"> - Liste di attesa di vari servizi per la fragilità che rispondono a una serie di bisogni: accompagnamento al lavoro, disbrigo pratiche, assistenza economica, emergenza abitativa - Età compresa tra 25-65 anni - Data di presa in carico più recente possibile (questo non è un criterio vincolante ma preferibile) 	<ul style="list-style-type: none"> - Liste di utenza di vari servizi per la fragilità che rispondono a una serie di bisogni: accompagnamento al lavoro, disbrigo pratiche, assistenza economica, emergenza abitativa - Età compresa tra 25-65 anni - Data di presa in carico più recente possibile (questo non è un criterio vincolante ma preferibile)
Condomini solidali	Anziani	12	<ul style="list-style-type: none"> - Liste di attesa assistenza domiciliare per anziani (SAISA) - Livello assistenziale basso e medio - Senza altro servizio di tipo collettivo e/o socializzante (centro diurno o altri servizi/attività di tipo collettivo) - Data di presa in carico più recente possibile (questo non è un criterio vincolante ma preferibile) 	<ul style="list-style-type: none"> - Liste di utenza assistenza domiciliare per anziani (SAISA) - Livello assistenziale basso e medio - Senza altro servizio di tipo collettivo e/o socializzante (centro diurno o altri servizi/attività di tipo collettivo) - Data di presa in carico più recente possibile (questo non è un criterio vincolante ma preferibile)

4.1.4 Le metodologie per la valutazione: molteplici caratteristiche

L'intervento INSPIRE ha posto due principali ordini di problemi all'analisi valutativa. In primo luogo è un intervento che incide su molteplici caratteristiche dell'individuo e, quindi, i suoi effetti devono essere considerati all'interno di un approccio valutativo multivariato. In secondo luogo, esistono numerosi vincoli all'identificazione e al trattamento dei soggetti destinatari o non destinatari dell'intervento, che definiscono inevitabilmente il disegno statistico della valutazione. Iniziamo da questo secondo aspetto. In generale, l'approccio valutativo di consenso per la misurazione degli effetti dell'intervento si basa sul modello causale di Rubin (1974), che richiede la costruzione di uno scenario controfattuale: gli indicatori di impatto sanitario e sociale dell'intervento sugli individui che hanno ricevuto il "trattamento" sono confrontati con i valori che avrebbero avuto gli stessi indicatori in assenza di intervento. Il controfattuale ovviamente non è noto e può essere soltanto stimato, in genere mediante disegni statistici sperimentali o quasi-sperimentali. Il disegno statistico che assicurerebbe la massima validità statistica delle stime è quello randomizzato, in cui il ricercatore campiona in maniera casuale sia i soggetti da assistere (gruppo sperimentale) sia i soggetti non assistiti (gruppo di controllo).

D'altra parte, non è stato questo il disegno campionario utilizzato. La sua costruzione e implementazione avrebbero posto insuperabili problemi di tipo etico e di fattibilità nei tempi previsti. Le scelte valutative, tenendo conto dei vincoli istituzionali e informativi entro i quali si è svolto l'intervento, hanno suggerito di utilizzare un disegno quasi-sperimentale, che ricostruisce *ex post*, dall'insieme dei soggetti che non sono stati assistiti, un gruppo che mimi una scelta *ex ante* casuale. Identificare il corretto campione di controllo, eliminando la possibile distorsione dovuta all'autoselezione esistente, non è comunque esercizio semplice, pur con l'accuratezza descritta nel paragrafo precedente nella selezione degli individui non trattati. La principale difficoltà è legata all'endogeneità della scelta di essere assistito, che può dipendere da un insieme di fattori collegati con il risultato dell'intervento, e che quindi porta a una differenza media statisticamente significativa in alcune caratteristiche del gruppo dei trattati e dei non trattati.

Per tenere conto di queste diversità, che possono differenziare *ex ante* il gruppo dei trattati da quello dei non trattati, si è ipotizzato che alcune caratteristiche individuali, che distinguono *ex ante* i due gruppi, siano costanti nel tempo. In questo caso, l'eliminazione di tali differenze può avvenire disponendo di almeno due informazioni sullo stesso soggetto, prima e dopo l'intervento: confrontando non i livelli, ma l'evoluzione degli indicatori per soggetto non si è vincolati ai valori iniziali. Tecnicamente, differenziando i dati è possibile identificare l'effetto dell'intervento pur se le condizioni iniziali del gruppo sperimentale e di quello di controllo sono differenti. Lo stimatore che si basa sulla presenza di effetti di selezione costanti nel tempo, è noto come *Differences-in-differences* (DID). Per utilizzare questo stimatore si è ipotizzato di rilevare per ogni soggetto le caratteristiche prima e dopo l'intervento. Data la diversa tempistica degli interventi per categoria di fragilità, non è possibile rilevare tutti i soggetti nello stesso istante di tempo, prima e dopo l'intervento. D'altra parte, è stata cura del progetto fare in modo che il tempo medio di trattamento compreso nell'intervallo di rilevazione sia stato approssimativamente simile tra i soggetti interessati dalla stessa, specie tra gruppo sperimentale e di controllo.

Un ulteriore approccio utilizzato per minimizzare le differenze *ex ante* esistenti tra i due gruppi si basa sulla ricostruzione, sulla base di caratteristiche note, di un gruppo di controllo il più possibile simile al campione sperimentale. Schematicamente, significa cercare per ogni soggetto trattato un soggetto non trattato con caratteristiche *ex ante* simili. Questa tecnica è detta di *matching* e minimizza la distanza tra i due gruppi in base alle covariate disponibili e ritenute rilevanti nei processi di selezione³¹. Tale modello si basa sull'ipotesi di *non confondimento*, ovvero che la presenza di selezione possa essere eliminata controllando la composizione del campione sulla base delle variabili disponibili. Se il numero delle covariate è elevato, esiste un problema di dimensionalità, risolvibile tramite la tecnica del *propensity score matching* proposta per questo esercizio di valutazione³², che implica che il confronto tra il gruppo sperimentale e quello di controllo sia possibile solo dove esista un'area di sovrapposizione tra il *propensity score* dei due gruppi. Una volta determinato il *propensity score*, e verificato che per ogni livello di *propensity score* la media di ogni covariata per i "trattati" sia statisticamente uguale a quella delle covariate per i "non trattati" (ovvero che la proprietà di bilanciamento sia soddisfatta, assicurando che i due gruppi abbiano caratteristiche statisticamente simili *ex ante*), è necessario individuare la tecnica di *matching* più appropriata. Sono molti gli stimatori disponibili per il *matching*.³³ Date le caratteristiche del problema e la ridotta numerosità attesa del campione dei soggetti assistiti e non assistiti, si ipotizza di utilizzare due stimatori: l'approccio del *kernel matching*, che impiega tutte le informazioni (all'interno dell'area del *propensity score* comune a trattati e non trattati) per il calcolo degli effetti dell'intervento e lo *Nearest Neighbor matching*, che confronta ogni trattato con il non trattato (o i non trattati) con il valore di *propensity score* più simile. In questo caso, al miglioramento della stima, in quanto si confrontano i soggetti più simili, fa da contraltare la riduzione della numerosità del gruppo, in quanto i soggetti per cui non è trovato un *matching* sufficientemente simile sono scartati. Questo spiega le possibili differenze tra i due stimatori.

Nel nostro caso è plausibile immaginare di essere in presenza di differenze tra trattati e non trattati dovute sia a caratteristiche osservabili e misurabili sia a caratteristiche non osservabili. In queste situazioni è stato proposto in letteratura l'utilizzo di un modello di valutazione detto *diff-in-diff matching* (MDID), che quindi considera non il livello, ma l'evoluzione delle variabili di risultato tra i soggetti "trattati" e "non trattati" accoppiati secondo le tecniche di *matching* descritte. Questo approccio permette sia di tenere conto con il *matching* di differenze rispetto alle variabili osservabili sia l'eliminazione di differenze costanti nel tempo tra i due gruppi. Tale metodo ha prodotto buoni

³¹ Per un approfondimento di questa e delle altre tecniche citate si rimanda al lavoro di Blundell, Costa Dias, 2009.

³² Tale tecnica si basa sull'ipotesi che il soggetto non trattato sia simile (per il *matching*) a quello trattato che abbia la stessa probabilità di essere trattato (ovvero lo stesso *propensity score*). Si calcola stimando un modello o *logit* o *probit* (adatto per una variabile compresa tra 0 e 1) che determini la probabilità di essere trattato in funzione di un insieme di covariate note al ricercatore. Il risultato di tale stima è, quindi, la variabile utilizzata per il *matching* tra trattati e non trattati.

³³ I più noti sono il *Nearest Neighbor matching*, che confronta ogni trattato con il non trattato (o i non trattati) con il valore di *propensity score* più simile; il *Radius matching*, che seleziona per ogni trattato i non trattati con *propensity score* che dista non più un valore prefissato da quello del trattato; lo *Stratification matching*, che suddivide il *propensity score* in diversi strati, sulla base di un dato algoritmo, e confronta trattati e non trattati all'interno di ogni strato; il *Kernel matching*, che confronta il risultato di ogni trattato con una media ponderata del risultato di tutti i soggetti non trattati, con pesi decrescenti all'aumentare della differenza del *propensity score* rispetto a quello del soggetto trattato e la cui forma è data dal tipo di *kernel* prescelto.

risultati in uno studio valutativo in campo sociale con caratteristiche per molti versi simili (Pellegrini *et al.*, 2014).

La procedura di *matching* elimina alcune osservazioni: quelle al di fuori del supporto comune e quelle relative a soggetti non accoppiabili. Ciò riduce ulteriormente la dimensione del campione, oltre alla eventuale riduzione determinata dalla mancanza di osservazioni prima e dopo l'intervento per ogni soggetto. Ne deriva l'esistenza di un *trade-off* in presenza di osservazioni scarse: la migliore precisione dell'esercizio valutativo va a detrimento della precisione statistica delle stime e viceversa. Per questo, nelle conclusioni sono considerati insieme gli stimatori di tipo DID e MDID e, quindi, si determinano gli esiti dell'intervento sulla base di entrambi. Per la costruzione dello stimatore MDID si è stimato il *propensity score* tramite una regressione logistica. L'analisi delle differenze fra i campioni degli assistiti e dei non assistiti, le covariate a disposizione e le loro osservazioni effettive, la valutazione delle procedure implicite di selezione presunte portano a propendere per una specificazione dove, insieme a una serie di variabili relative a caratteristiche individuali non modificabili (sesso, età, nazionalità), vi siano informazioni sugli aspetti legati al tipo di fragilità sanitaria e sociale (disabilità, presenza di cartella aperta al DSM e altro).

4.1.5 La costruzione degli indicatori: pregi e rischi

La costruzione del *dataset* per l'analisi econometrica ha richiesto in alcuni casi la trasformazione delle informazioni raccolte tramite il questionario in una serie di variabili quantitative (binarie, categoriche o continue). Le variabili sono raccolte preliminarmente in un *dataset* per tipologia di intervento, in quanto le modalità di somministrazione possono variare per tipologia di servizio. Una volta identificati i soggetti e i due momenti di rilevazione da utilizzare nell'analisi, è stato costruito un nuovo *dataset* in cui l'informazione è raccolta per soggetto intervistato (ogni individuo un *record*). L'identificazione dei soggetti "trattati" e dei "non trattati" è avvenuta, come descritto nel paragrafo 0, considerando la necessità di avere per ogni soggetto due rilevazioni, *ex ante ed ex post*. In pochi casi (6, di cui 4 trattati e 2 non trattati) i dati evidenziavano una chiara incongruenza tra risposte a indicatori di benessere e risposta aggregata all'indicatore complessivo di benessere, e quindi per quest'ultimo abbiamo adoperato una strategia di imputazione coerente con i risultati degli indicatori disaggregati.

L'aspetto critico del lavoro è l'individuazione delle variabili che rappresentano a nostro parere l'*outcome* dell'analisi e, quindi, la loro costruzione dall'informazione rilevata dal questionario. Come precedentemente indicato, il questionario individua quattro aree di impatto: carichi familiari, stato di salute, capacità di progettare il futuro, autonomia e benessere sociale. Per tutte queste aree è stato necessario individuare indicatori aggregati, che rappresentano le variabili di risultato sulle quali valutare gli effetti dell'intervento.

Gli indicatori aggregati costruiti sono stati di due tipi:

1. Indici di “giudizio complessivo”, che riguardano i quattro ambiti e utilizzano una scala numerica da 1 (minimo impegno) a 10 (massimo impegno). Il vantaggio di questi indici è che possono essere sostanzialmente addizionati e confrontati, utilizzando la stessa scala. Nel caso dell’indicatore relativo ai carichi familiari il numero di *missing*³⁴ (158) è molto superiore a quello degli altri indicatori (tra i 4 e i 15). Questo ci ha portato a escluderlo quando abbiamo scelto di valutare l’impatto per categorie di fragilità.
2. Indici di variazione complessiva, che sommano la variazione pre-post delle domande relative ai quattro ambiti. In questo modo si considerano tutte le informazioni costruite, ma che fanno riferimento per ambito a un numero di domande e a scale diverse. Pertanto, l’aggregazione in un unico indicatore segnala soltanto una direzione e, quindi, sostanzialmente una indicazione approssimativa dei risultati totali. L’indicatore aggregato è dato dalla media delle differenze dei punteggi degli indicatori aggregati per area.

L’analisi teorica dello strumento di rilevazione, insieme all’esperienza accumulata in esercizi analoghi, suggerisce l’individuazione di alcuni aspetti di forza e punti di debolezza dell’approccio proposto.

In primo luogo, la costruzione del questionario, sia sulla base di strumenti presenti in letteratura sia con la collaborazione di esperti nei diversi settori di intervento, permette di ottenere un *dataset* informativo ampio, variabile fra gli individui, che consente un’analisi valutativa di tipo controfattuale. La costruzione e l’uso di indicatori permette di organizzare l’informazione “di ritorno” dal progetto e, quindi, di procedere a una valutazione fattuale. Questo conferma la possibilità di utilizzo di analisi quantitative basate sul controfattuale anche in ambiti, come quello dell’intervento in campo sociale, dove è meno nota e spesso criticata.

In secondo luogo, l’analisi basata su indicatori focalizza l’attenzione su alcuni aspetti specifici reputati di maggiore importanza, obbligando a una specificazione quantitativa degli obiettivi, a un monitoraggio costante nel tempo, a un’analisi severa di comportamenti e risultati. Infine, permette di avere informazioni multiple evitando l’errore di concentrarsi su analisi aneddotiche relative solo a casi di successo o insuccesso.

Ultimo elemento, ma non meno importante: l’analisi controfattuale con indicatori garantisce la trasparenza del programma e favorisce la comunicabilità dei risultati. È elemento fondamentale del processo di *accountability* verso gli *stakeholder*, che deve essere alla base di ogni intervento pubblico.

A questi elementi positivi si accostano necessariamente anche dei rischi. Il primo è che gli obiettivi del progetto non siano o, addirittura, non possano essere sintetizzati dagli indicatori individuati o individuabili. Molto spesso gli interventi in ambito sociale hanno *target* multiformi, interrelati e variabili da soggetto a soggetto. L’analisi quantitativa può cogliere, talvolta solo parzialmente, questi obiettivi e, quindi, sopravvalutare o sottovalutare l’impatto del progetto. Per questo è fondamentale che l’impianto valutativo sia identificato al momento della strutturazione del progetto,

³⁴ Per i gruppi in trattamento e controllo del *tutoring* la sezione sui carichi familiari non è stata somministrata a causa delle oggettive difficoltà a intercettare un familiare, difficoltà che in altri casi si è riscontrata anche rispetto ad altre categorie di utenza (disabili adulti e anziani).

come è avvenuto con INSPIRE, in piena sintonia con gli attuatori del progetto stesso, che hanno un'esperienza di campo delle variabili fondamentali e delle interazioni che agiscono.

Il processo di individuazione e specificazione degli indicatori incide anche sulla loro sensibilità (l'indicatore deve modificarsi significativamente quando il programma è messo in opera e produce effetti) e affidabilità (l'indicatore deve produrre lo stesso risultato anche se misurato da persone differenti). Ovviamente, entrambe le caratteristiche sono fondamentali per la credibilità del programma e della sua valutazione. Il problema che si pone in questo caso è che il limitato arco temporale durante il quale è applicato l'intervento e, al contrario, la persistenza delle difficoltà sanitarie e sociali e i tempi lunghi necessari anche per piccole modifiche, possano far sì che gli indicatori, nell'arco temporale considerato nell'analisi valutativa, siano poco sensibili, ovvero abbiano difficoltà nel rilevare micro-cambiamenti nei soggetti trattati. Una possibile mancanza di risultato potrebbe, quindi, essere dovuta non al mancato impatto del progetto, ma alle difficoltà di "taratura" e, quindi, all'incapacità dell'indicatore di cogliere il mutamento (es. se avviene su aspetti non considerati o su una scala diversa da quella proposta). Tale tema dovrà essere considerato nell'analisi dei risultati del progetto.

Come la maggior parte delle analisi controfattuali, anche questa valutazione può determinare, con una ragionevole precisione, se INSPIRE ha avuto un impatto significativo e se questo impatto è stato positivo o negativo, ma non può indicare quali siano stati i motivi che hanno portato alla realizzazione di questi impatti. In termini diversi, misura le realizzazioni ma non i processi, che rimangono sottostanti. Per questo è importante integrare tale valutazione, che rimane sempre fondamentale e necessaria, con una storia (una teoria) che dia degli indizi sulle catene logiche che hanno agito o non agito. Anche in questo caso l'interazione con gli attuatori dopo la valutazione quantitativa rimane fondamentale.

Infine, resta da determinare quella che in campo valutativo è chiamata "validità" dell'intervento. In genere, si divide tra validità interna (ovvero l'attitudine delle metodologie e del disegno statistico utilizzato a rilevare gli effetti dell'intervento) e validità esterna (ovvero la "trasportabilità" dei risultati a interventi analoghi). Sebbene il limitato numero di soggetti coinvolti in questo intervento possa far dubitare della significatività statistica dei risultati raggiunti e, quindi, della loro validità interna, è importante segnalare che comunque nel complesso il campione dei trattati dovrebbe consistere di circa 160 soggetti, con un numero lievemente superiore per il campione di controllo, quindi sufficiente secondo i criteri standard di campionamento. Esiste sicuramente il tema dell'assunzione dell'ipotesi non sottoponibile a *test* di *unconfoundedness*³⁵, ma il contesto informativo, che sarà utilizzato nel progetto non appare significativamente diverso dai contesti di altri studi in cui è applicata tale ipotesi.

Il caso della validità esterna è diverso, in quanto i risultati dell'intervento appaiono strettamente legati alle modalità con cui l'intervento stesso è proposto. Nel caso in esame, in cui la novità dell'intervento consiste proprio nella diversa modalità dell'approccio alla fragilità, appare evidente come la validità esterna sia limitata soltanto a interventi con analoghe caratteristiche.

³⁵ Ovvero che le variabili osservabili e utilizzate per il *matching* e il DID siano sufficienti a eliminare i problemi relativi a selezione su osservabili e non osservabili. Si rimanda all'articolo citato di Blundell e Costa Dias (1986).

4.1.6 Situazione ex ante (caratteristiche di base e condizioni prima dell'intervento)

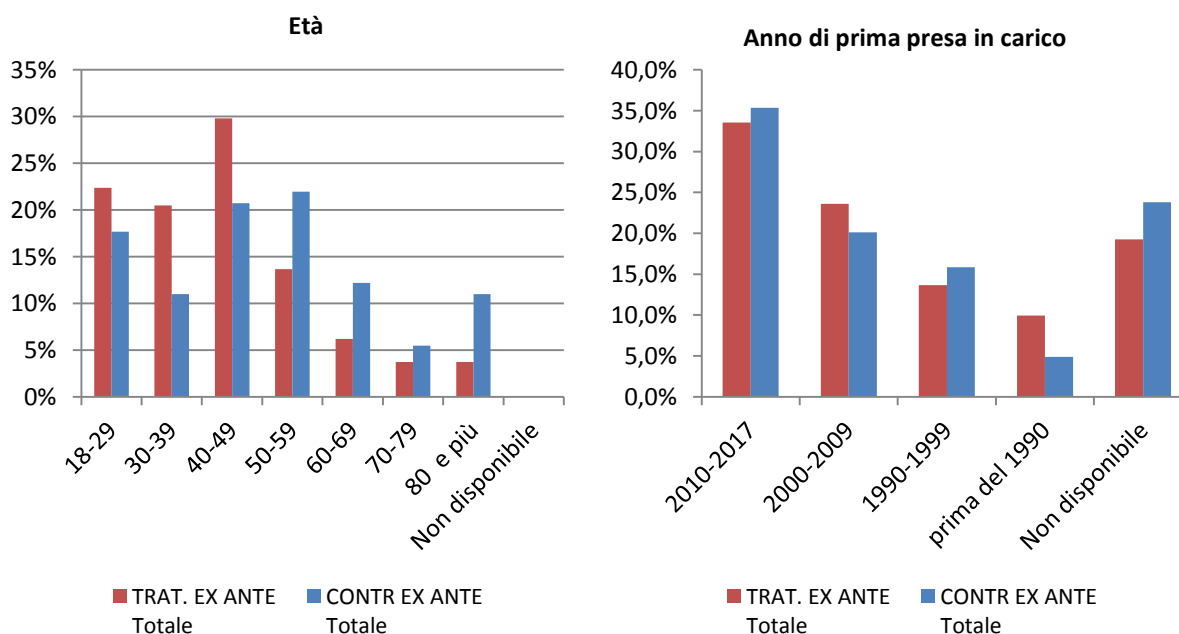
Sebbene ci sia stata una particolare cura nella selezione dei trattati e del gruppo di controllo, l'analisi statistica rileva che i due gruppi sono, sulla base del questionario ex ante, ovvero prima dell'intervento, lievemente diversi. Tale diversità non sorprende, in quanto la procedura adottata è necessariamente ad hoc e, quindi, differente da un metodo basato su una scelta randomizzata.

Tale diversità riguarda, in primo luogo, le caratteristiche individuali raccolte dal questionario. La Tabella 4 mostra come il gruppo dei trattati risulti significativamente più giovane di circa 8 anni (vedi anche Grafico 1), anche se in termini di anni di carico da parte del SSN le differenze non sono statisticamente significative. Da notare la notevole differenza in termini di ultraottantenni fra i due gruppi. Non ci sono differenze significative in termini di sesso e nazionalità, mentre tra i trattati il gruppo dei pazienti fragili è significativamente più ampio che nel gruppo di controllo. Questo implica che una semplice comparazione tra i due gruppi potrebbe risultare affetta da errore.

Tabella 4 - Covariate: medie per trattamento

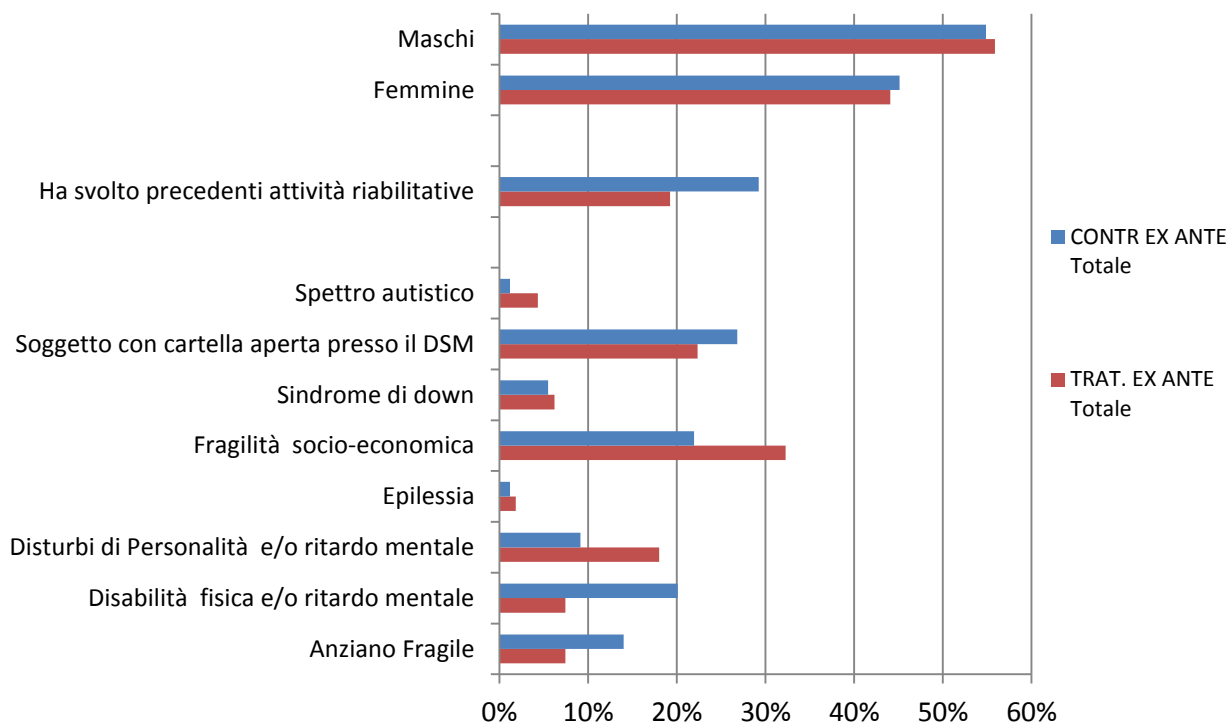
Variable	Non Trattati	Trattati	signif.
età	51.1	43.5	(**)
anno carico	12.16	13.4	
sex	53%	55%	
straniero	5%	9%	
disabili	42%	36%	
Dsm	23%	23%	
fragili	22%	34%	(**)
anziani	13%	7%	

Grafico 1 - Età e anno di prima presa in carico



Non appaiono differenze particolarmente significative per tipologie di disagio, se non quelle relative alla quota di trattati fragili, come evidenziato anche dal Grafico 2. La quota di non trattati che ha ricevuto precedentemente una terapia riabilitativa è più ampia di quella dei trattati, coerentemente ai criteri di selezione adottati.

Grafico 2 - Sesso, precedenti attività riabilitative, tipologia di disagio



Differenze significative riguardano la valutazione ex ante della situazione sanitaria e, in generale, di benessere nei due gruppi. Si veda la Tabella 5 dove, utilizzando le domande sintetiche, abbiamo un giudizio complessivo: maggiore è il valore dell'indice, maggiore è la situazione di disagio fisico, sanitario o sociale. La Tabella 5 segnala con chiarezza che il gruppo dei trattati partiva da una situazione lievemente migliore, anche statisticamente significativa. Il peso dei carichi famigliari era inferiore, lo stato di salute era marginalmente migliore (sulla scala a 5 della domanda), migliore la capacità progettuale e l'autonomia e benessere. In sintesi, sia considerando sia escludendo la parte relativa ai carichi familiari, che come visto presenta molti *missing*, i trattati presentano una situazione moderatamente migliore dei non trattati.

Tabella 5 - Indici aggregati pre-trattamento

Variable	Non Trattati	Trattati	signif.
carichi_familiari	7.85	6.69	(**)
stato_salute	3.63	3.23	(**)
progetto_futuro	-5.94	-6.29	
autonomia e benes.	-6.02	-6.56	(**)
indice_totale	-0.06	-0.73	(**)
indice_tot. senza ca.	-2.78	-3.21	(**)

(**)= significativo al 5%

Queste considerazioni portano alla necessità di confrontare trattati e non trattati non per quanto riguarda gli andamenti assoluti, ma, piuttosto, le variazioni tra situazione *ex ante* e situazione *ex post*. Se la variazione nei due gruppi è simile, possiamo affermare che l'effetto del trattamento è risultato nullo. Al contrario, l'effetto è significativo se la variazione è stata maggiore nel gruppo dei trattati rispetto ai non trattati. È la logica dello stimatore DID presentato precedentemente. Inoltre, è possibile fare qualcosa di più: tenere conto delle differenze tra i due gruppi per confrontare, sempre in termini di dinamica, le unità trattate e non trattate più simili. È quello che viene fatto con lo stimatore DID *matching*. Utilizzando entrambe le tecniche, specie se i risultati vanno nella stessa direzione, avremo delle stime robuste sugli effetti dell'intervento.

5 I risultati dell'analisi: valutazioni di efficacia e impatto dell'intervento

Il questionario ha permesso di avere molta informazione riguardo l'intervento e i suoi effetti. In questo capitolo presenteremo i risultati generali e aggregati, che permettono di trarre delle considerazioni di sintesi sull'intervento, mentre si rimanda all'Appendice per il dettaglio degli effetti per domanda.

L'analisi utilizza tre stimatori per valutare l'effetto dell'intervento: lo stimatore DID e i due stimatori DIDM, uno che utilizza il *Kernel Matching*, l'altro il *Nearest Neighbor Matching*, quest'ultimo più preciso ma che usa un numero inferiore di osservazioni. Come indici aggregati adoperiamo sia gli indici di "giudizio complessivo" che quelli di "variazione complessiva". Riguardo ai primi, presentiamo anche un indice totale senza carichi famigliari a causa dei numerosi *missing* per quell'aspetto. Una valutazione complessiva dei risultati viene presentata nella Tabella 6 che mostra gli indici di giudizio complessivo con i tre stimatori:

Tabella 6 - Effetto dell'intervento calcolato sulla base dei "giudizi complessivi" per area (su scala 1-10)
(variazione rispetto al punteggio *ex ante*; un dato negativo significa miglioramento dello stato di fragilità)

Indicatori	analisi con dati con DID			kernel matching	NN matching
	Var. Trattati	Var. non Trat.	Effetto tratt.	Effetto tratt.	Effetto tratt.
Indice Generale aggregato	-0.472	0.210	-0.691 (**)	-0.020	-0.369 (*)
Indice Generale aggregato senza car. fam.	-0.401	0.366	-0.768 (**)	-0.756 (**)	-0.542 (**)
- indicatore carico familiare	-0.672	-0.056	-0.617 (*)	1.426	0.122
- indicatore stato di salute	-0.152	0.045	-0.198 (*)	-0.303 (**)	-0.163
- indicatore capacità progettuale	-0.383	0.705	-1.089 (**)	-1.078 (**)	-1.125 (**)
- indicatore autonomia e benessere	-0.669	0.433	-1.102 (**)	-1.052 (**)	-0.733 (*)

(**)= significativo al 5%; (*) = significativo al 10%;

SE calcolati tramite bootstrap.

In sintesi, si nota che l'effetto del trattamento è sempre positivo (fa diminuire l'indice di disagio) e significativo almeno al 10% per tutti gli indicatori utilizzati. Nel caso degli stimatori di DIDM esistono aree in cui l'effetto è nullo. Se consideriamo l'indice aggregato al netto dei carichi famigliari, i risultati di sintesi segnalano un effetto positivo per tutti e tre gli stimatori e, in tutti i casi, significativo al 5%. L'effetto appare di un miglioramento di circa mezzo punto, pari circa al 15% del valore dell'indice per i trattati (-3.21 da Tabella 5).

Tale effetto positivo è confermato anche da un indicatore composito che tiene conto di tutte le domande (anche se su scala differente). Considerando il contributo di tutte le domande, l'effetto positivo dell'intervento appare statisticamente significativo per pressoché tutte le aree e gli stimatori considerati (Tabella 7)

Tabella 7 - Effetto dell'intervento calcolato sulla base della somma complessiva dei punteggi per domanda per area (varie scale).

(variazione rispetto al punteggio ex ante; un dato negativo significa miglioramento dello stato di fragilità)

Indicatori	analisi con dati con DID			kernel matching	NN matching
	Var. Trattati	Var. non Trat.	Effetto tratt.	Effetto tratt.	Effetto tratt.
Indice Generale aggregato	-4.593	2.618	-7.211 (**)	-4.472	-6.105 (**)
Indice Generale aggregato senza car. fam.	-5.276	2.165	-7.441 (**)	-7.692 (**)	-6.830 (**)
- indicatore carico familiare	-1.246	0.164	-1.409 (**)	-1.633	-1.464 (**)
- indicatore stato di salute	-2.871	0.871	-3.742 (**)	-4.091 (**)	-3.966 (**)
- indicatore capacità progettuale	-1.132	0.609	-1.742 (**)	-1.579 (**)	-1.299 (**)
- indicatore autonomia e benessere	-1.255	0.723	-1.979 (**)	-2.120 (**)	-1.711 (**)

(**)= significativo al 5%; (*) = significativo al 10%; SE calcolati tramite bootstrap.

Quello che risulta evidente dalle Tabella 6 e Tabella 7 è che mentre per il gruppo dei non trattati vi è stato un lieve peggioramento delle condizioni di disagio per pressoché tutti gli ambiti di intervento, per il gruppo dei trattati le condizioni sono migliorate. La Tabella 7 suggerisce che il miglioramento sia stato maggiore in termini di capacità progettuale, autonomia e benessere complessivo.

Si è inoltre distinto l'impatto dell'intervento fra le diverse categorie di soggetti. In questo caso il numero di osservazioni si riduce drasticamente. È quindi necessario considerare questi risultati soltanto come indicativi delle dinamiche dell'impatto. Questi risultati sono stati calcolati utilizzando sia lo stimatore DID (Tabella 8) sia lo stimatore Kernel DIDM. In entrambi i casi si è escluso l'ambito dei carichi familiari per mancanza di un adeguato numero di osservazioni.

Tabella 8 - Effetto dell'intervento calcolato sulla base dei "giudizi complessivi" per categoria (su scala da 1-10)

(variazione rispetto al punteggio ex ante; un dato negativo significa miglioramento dello stato di fragilità)

Indicatori	effetto del trattamento: analisi dei dati con DID			
	Disabili	DSM	Fragili	Anziani
Indice aggregato senza carichi familiari	-0.668 (**)	-1.763 (**)	-0.322	0.181
- indicatore stato di salute	-0.215	-0.311	-0.147	-0.059
- indicatore capacità progettuale	-0.767 (*)	-2.516 (**)	-0.795 (*)	0.583
- indicatore autonomia e benessere	-1.105 (**)	-2.563 (**)	-0.210	-0.069

(**)= significativo al 5%; (*) = significativo al 10%;

Tabella 9 - Effetto dell'intervento calcolato sulla base dei "giudizi complessivi" per categoria (su scala 1-10)

(variazione rispetto al punteggio ex ante; un dato negativo significa miglioramento dello stato di fragilità)

Indicatori	effetto del trattamento: analisi con kernel matching			
	Disabili	DSM	Fragili	Anziani
Indice aggregato senza carichi familiari	-0.678 (**)	-1.562 (**)	-0.539	0.288
- indicatore stato di salute	-0.320	-0.357	-0.236	-0.094
- indicatore capacità progettuale	-0.790 (*)	-2.500 (**)	-0.957	0.842
- indicatore autonomia e benessere	-1.062 (**)	-1.929 (**)	-0.613	-0.064

(**)= significativo al 5%; (*) = significativo al 10%; SE calcolati tramite bootstrap.

I risultati mostrano come gli effetti siano concentrati tra il gruppo dei disabili e dei pazienti con cartella aperta al DSM. Per questi, gli effetti sono positivi in tutti gli ambiti e statisticamente significativi in quelli della capacità progettuale e di autonomia e benessere. Se guardiamo i soggetti in cui il numero di osservazioni risulta particolarmente scarso, si osserva che per i soggetti fragili gli effetti appaiono positivi ma non significativi, mentre per gli anziani sono minimi e non

significativi. Per questi casi è corretto segnalare l'impossibilità dell'analisi a questo livello di dettaglio.

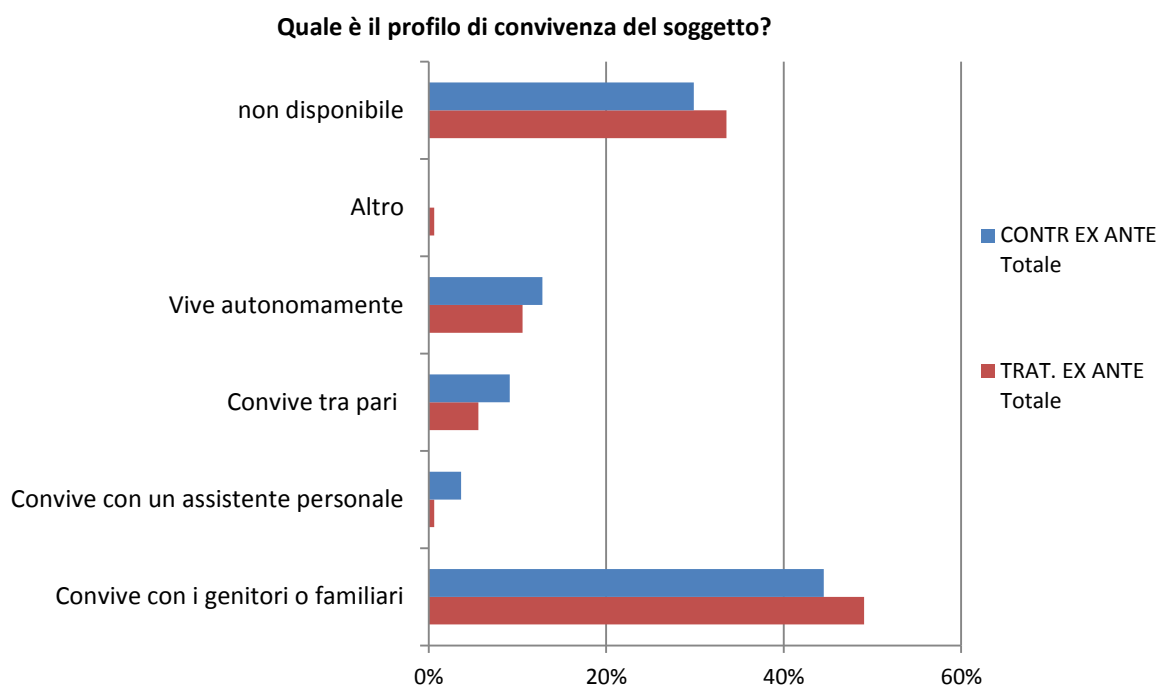
Nel complesso, i risultati ottenuti mostrano un significativo, e per certi versi addirittura inatteso, miglioramento dei soggetti trattati da INSPIRE per tutte le dimensioni considerate. Questo miglioramento non è mostrato dai non trattati, nei quali, invece, si registra il mantenimento della situazione ex ante, se non in alcuni casi il suo peggioramento.

5.1.1 Impatto sulla gestione a carico della famiglia

La presenza di numerose mancate risposte in quest'ambito, con una drastica riduzione del campione complessivo a circa 130 osservazioni valide, riduce le potenzialità dell'analisi e la confrontabilità con le altre categorie di impatto.

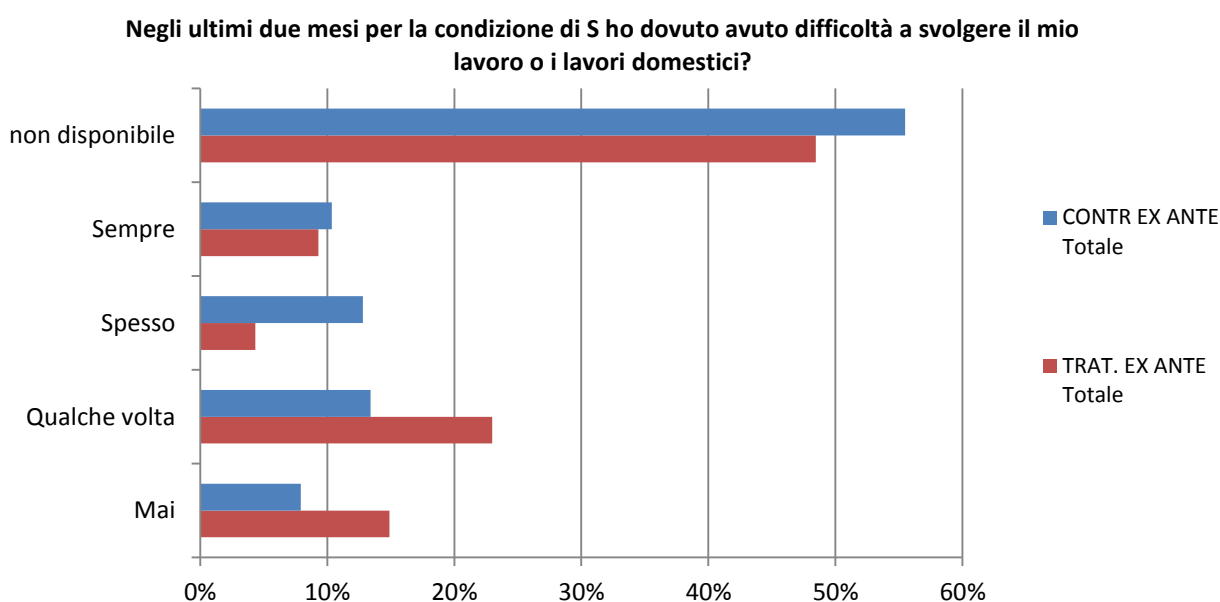
Il profilo di convivenza dei soggetti è sufficientemente simile tra i due gruppi (Grafico 3), come la quota di mancate risposte³⁶ (Grafico 4). Inoltre, complessivamente il peso dei carichi famigliari appare minore per i trattati (Grafico 4)

Grafico 3 - Profilo di convivenza



³⁶ La presenza di numerose mancate risposte rispetto al profilo di convivenza si spiega con il fatto che per i gruppi in trattamento e controllo del *tutoring* la sezione sui carichi familiari non è stata somministrata a causa delle oggettive difficoltà ad intercettare un familiare, difficoltà che in altri casi si è riscontrata anche rispetto ad altre categorie di utenza (disabili adulti e anziani)

Grafico 4 - Impatto sui carichi familiari



Pur partendo da una posizione più favorevole, il peso dei carichi familiari diminuisce di circa 0,7 punti per i trattati e di 0,1 punti per i non trattati utilizzando lo stimatore DID, con una differenza significativa al 10%. La differenza diventa maggiormente significativa (5%) se consideriamo tutte le domande della sezione. Il ridotto numero di osservazioni è probabilmente all'origine della mancanza di significatività di alcune stime DIDM. L'impatto nel caso di indicatore aggregato è comunque positivo e in un caso significativo al 5%.

5.1.2 Impatto sullo stato di salute

Anche in questo caso la condizione di partenza era più favorevole per i trattati (Grafico 5). Utilizzando lo stimatore DID sull'indicatore "complessivo", questo diminuisce di 0,2 punti per i trattati, mentre rimane costante per i non trattati, con un effetto complessivo positivo di 0,2 punti, significativo al 10% (Tabella 6). L'effetto è positivo, significativo e pari a 0,3 punti per lo stimatore kernel DIDM, mentre è pari a 0,2 punti, ma non significativo, per lo stimatore NN DIDM. Le differenze sono tutte positive e statisticamente significative per tutti i tre stimatori nel caso di indicatore aggregato (Tabella 7). Il Grafico 6 mostra il miglioramento che si rileva prima e dopo l'intervento nei due gruppi.

Miglioramenti nello stato di salute sono rilevati dagli stimatori DID e kernel DIDM per tutte e quattro le categorie considerate (Tabella 8 e Tabella 9), sebbene in nessun caso la differenza è statisticamente significativa, probabilmente a causa del ridotto numero di osservazioni.

In questo caso abbiamo rilevato anche una variabile "oggettiva", ovvero il numero di ricoveri. La differenza tra trattati e non trattati non è statisticamente significativa, anche se il Grafico 7 evidenzia un impatto positivo.

Grafico 5 - Impatto sullo stato di salute

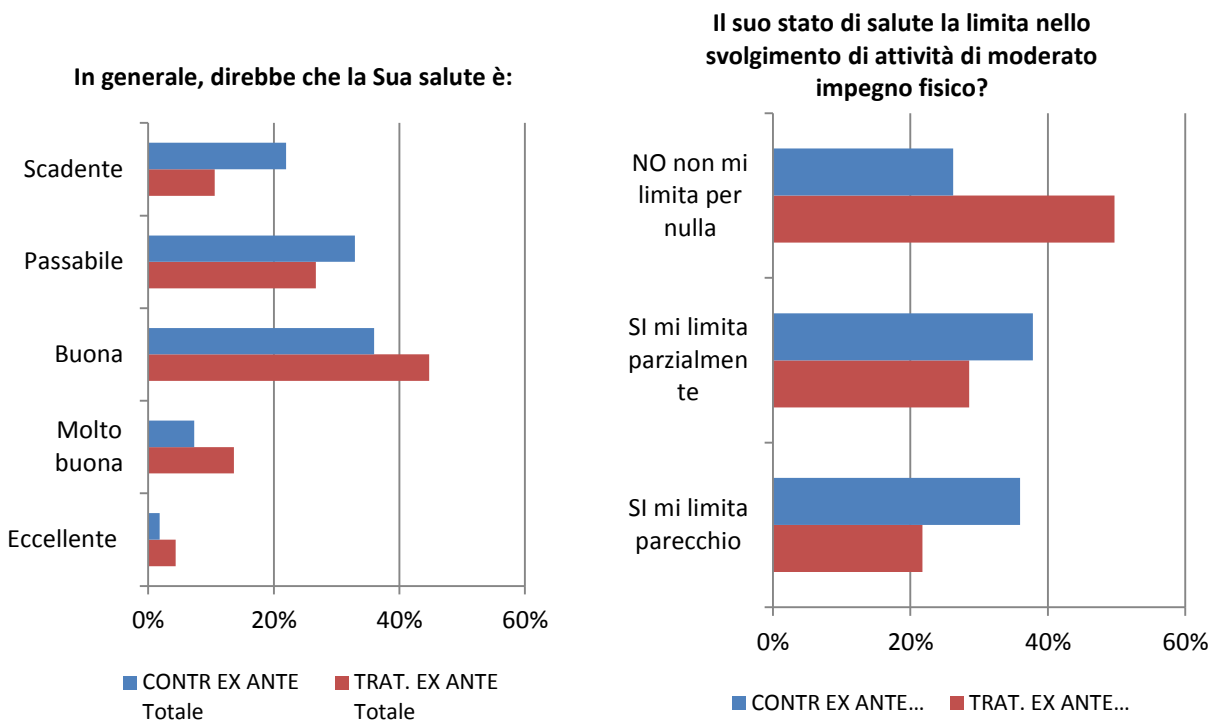


Grafico 6 - Differenze nello stato di salute prima e dopo l'intervento: salute in generale

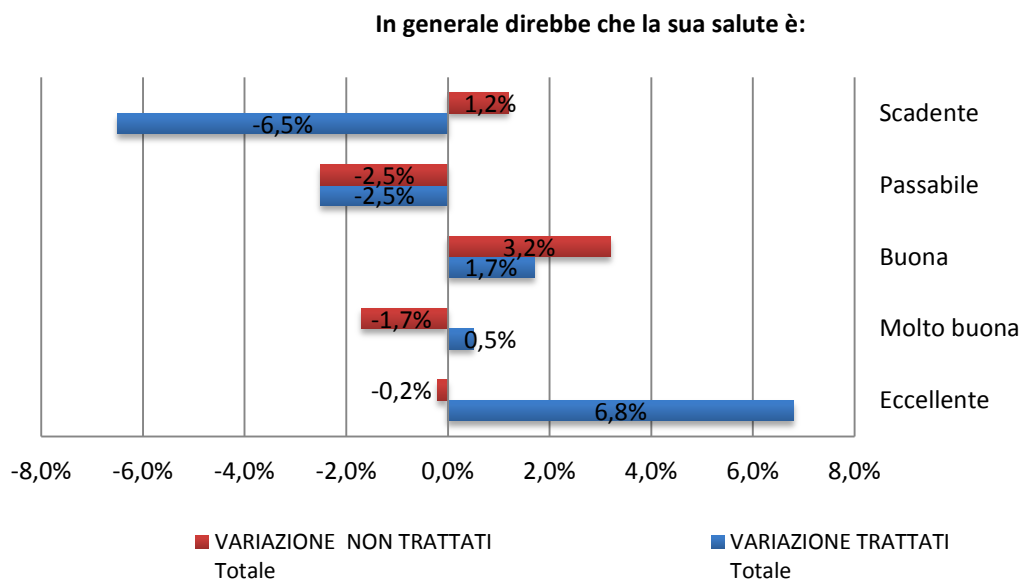
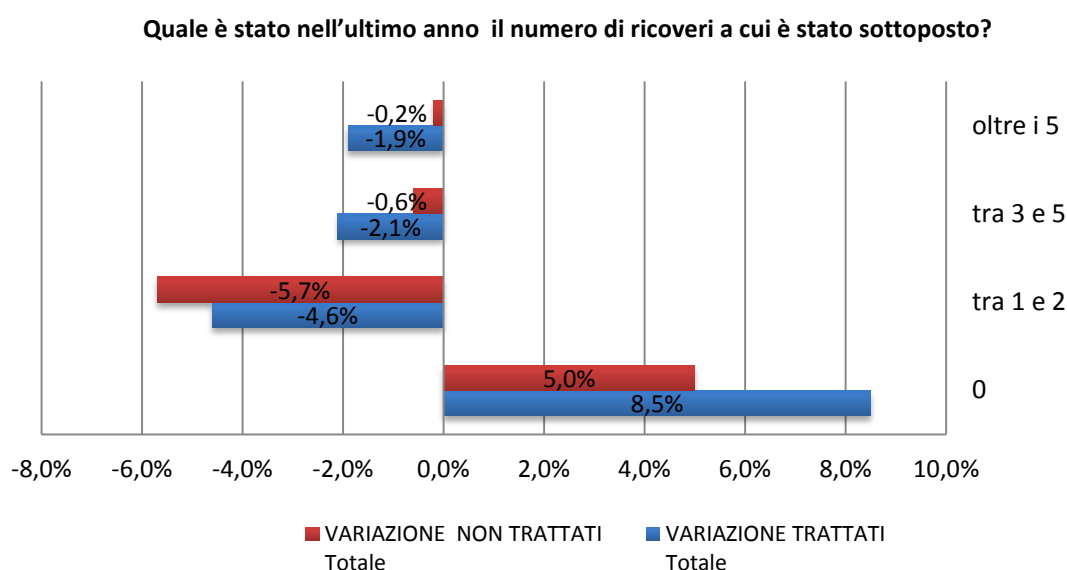


Grafico 7 - Differenze nello stato di salute prima e dopo l'intervento: numero di ricoveri l'ultimo anno

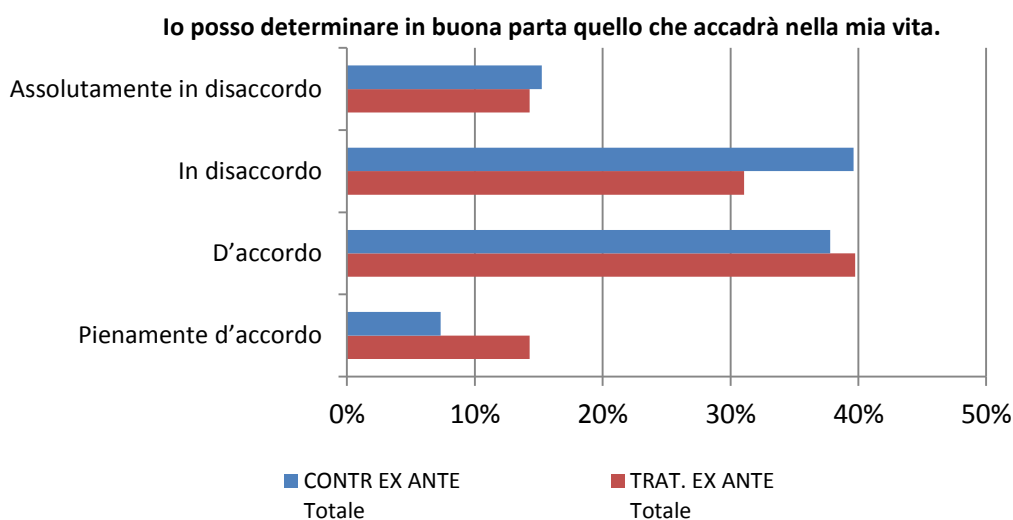


5.1.3 Impatto sull'Empowerment e sul benessere mentale

La capacità progettuale e l'empowerment tra i trattati è apparsa sin dall'inizio superiore rispetto a quella dei non trattati, sebbene la differenza non fosse statisticamente significativa. Tale differenza risulta anche dalla Grafico 8, che mostra la situazione ex ante rispetto alla capacità di determinazione verso il proprio futuro.

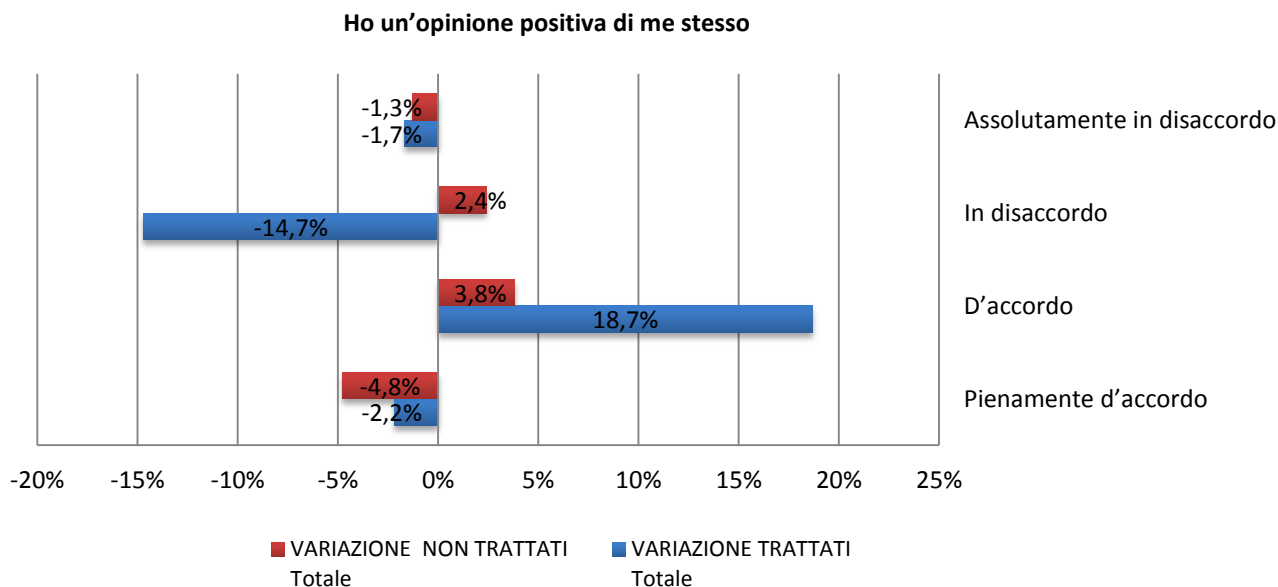
L'analisi condotta utilizzando lo stimatore DID sull'indicatore "complessivo" segnala come questo diminuisca di 0,4 punti per i trattati, mentre cresca di 0,7 punti per i non trattati, con un effetto complessivo positivo di 1,1 punti, significativo al 5% (Tabella 6). L'effetto è positivo, significativo al 5% e pari a 1,1 punti sia per lo stimatore kernel DIDM, sia per lo stimatore NN DIDM. Le differenze sono tutte positive e statisticamente significative per tutti i tre stimatori nel caso di indicatore aggregato (Tabella 7).

Grafico 8 - Empowerment / Capacità di progettare il futuro



Un esempio di come vi sia stato un miglioramento nell'*empowerment* personale è presentato nel Grafico 9, che mostra le variazioni rispetto alle risposte alla domanda relativa all'opinione di se stesso.

Grafico 9 - Empowerment / Capacità di progettare: Ho un'opinione positiva di me stesso

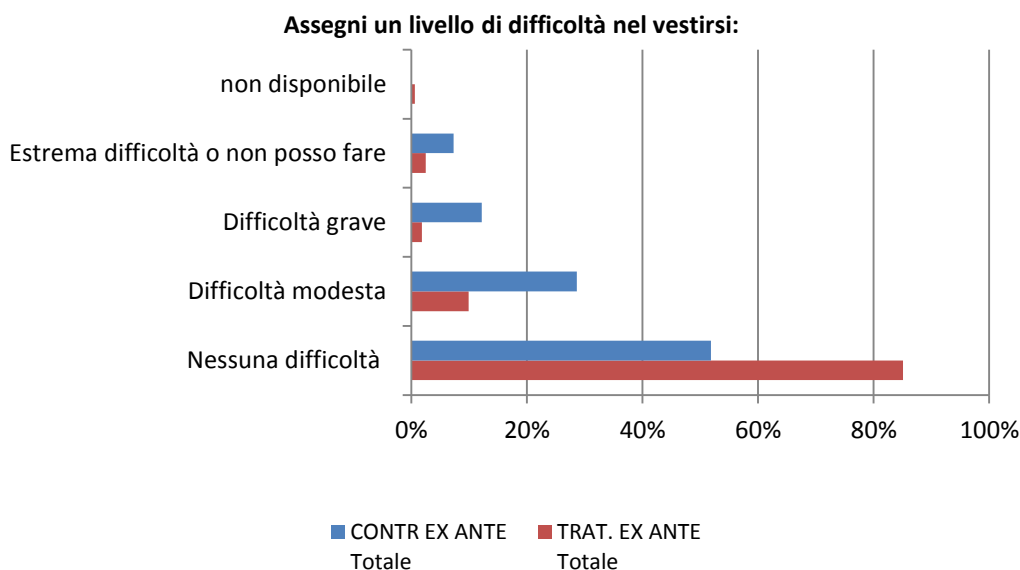


5.1.4 Impatto sull'Autonomia personale e benessere complessivo

Anche nel campo dell'autonomia personale e del benessere complessivo il campione dei trattati risulta in una posizione marginalmente migliore, pur se non statisticamente significativa, rispetto al campione dei non trattati, come rileva la Tabella 5.

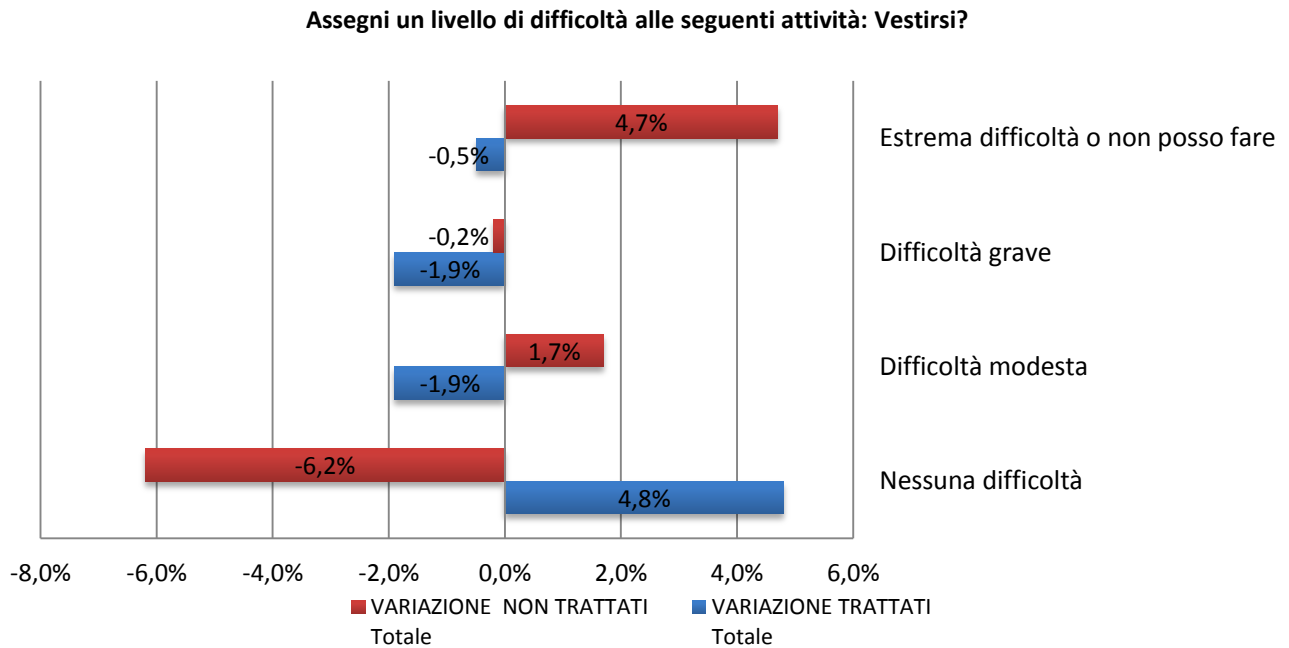
Un esempio è nel Grafico 10 - che segnala l'autonomia personale nel vestirsi nei due campioni prima del trattamento.

Grafico 10 - Autonomia personale e benessere sociale: capacità di vestirsi



L'impatto dell'intervento sull'autonomia personale e benessere generale appare molto positivo. L'analisi condotta utilizzando lo stimatore DID sull'indicatore "complessivo" segnala come questo diminuisca di 0,7 punti per i trattati, mentre cresca di 0,4 punti per i non trattati, con un effetto complessivo positivo di 1,1 punti, significativo al 5% (Tabella 6). L'effetto è positivo, significativo al 5% e pari a 1,1 punti per lo stimatore kernel DIDM e a 0,7 punti per lo stimatore NN DIDM. Le differenze sono tutte positive e statisticamente significative per tutti e tre gli stimatori nel caso di indicatore aggregato (Tabella 7). Un esempio sono le differenze nella risposta alla capacità di vestirsi, come risulta dal Grafico 11

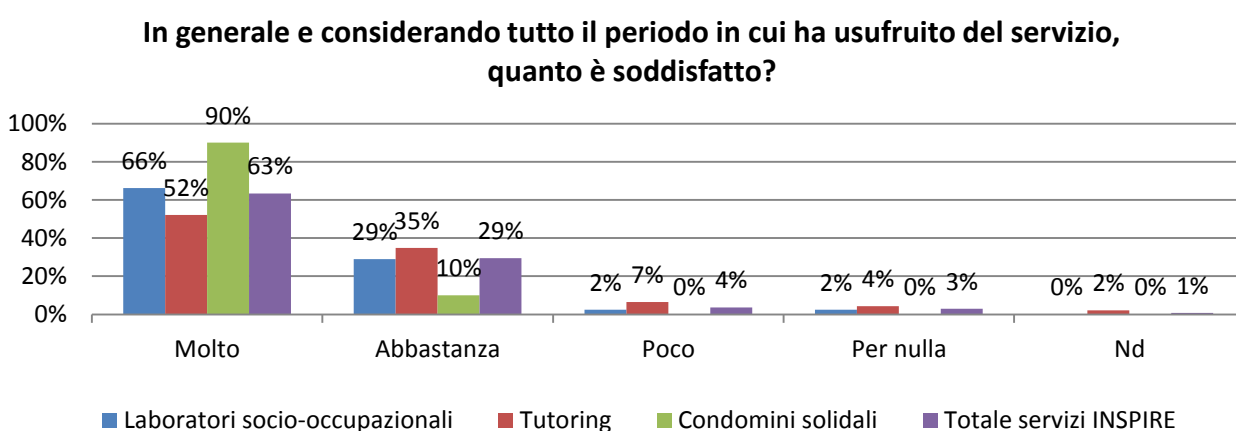
Grafico 11- Differenze nella capacità di vestirsi prima e dopo l'intervento.



Grado di soddisfazione per il servizio

Infine, si presentano i risultati sul grado di soddisfazione per il servizio rilevato, solo sul gruppo dei trattati, nella somministrazione del questionario *ex post*. Dal Grafico 12 emerge chiaramente come i servizi INSPIRE abbiano fatto registrare un grado di soddisfazione elevato. Il 63% circa dei beneficiari ha dichiarato, alla fine dell'esperienza, di essere molto soddisfatto, il 29% dichiara di essere abbastanza soddisfatto, solo il 7% dichiara di essere poco o per nulla soddisfatto. Il servizio che fa registrare il grado di soddisfazione più elevato è quello dei condomini solidali con il 90% dei beneficiari che dichiara di essere molto soddisfatto.

Grafico 12 - Grado generale di soddisfazione per i servizi INSPIRE (laboratori socio-occupazionali; tutoring; condomini solidali)



Passando ad analizzare l'impatto percepito dai beneficiari sul miglioramento della vita quotidiana, personale e della propria famiglia, si registra un grado di soddisfazione molto elevato rispetto alla propria condizione personale (45% dei casi si veda Grafico 13), che diminuisce al 33% quando è riferito al miglioramento della vita quotidiana della famiglia in generale. Complessivamente, il grado di miglioramento percepito nella vita quotidiana, sia personale che familiare risulta elevato, tuttavia si registra un basso grado di miglioramento della vita quotidiana, in particolar modo familiare, per il servizio di tutoring (si veda Grafico 14)

Grafico 13 - Miglioramento della vita quotidiana da quando si usufruisce dei servizi INSPIRE (laboratori socio-occupazionali; tutoring; condomini solidali)

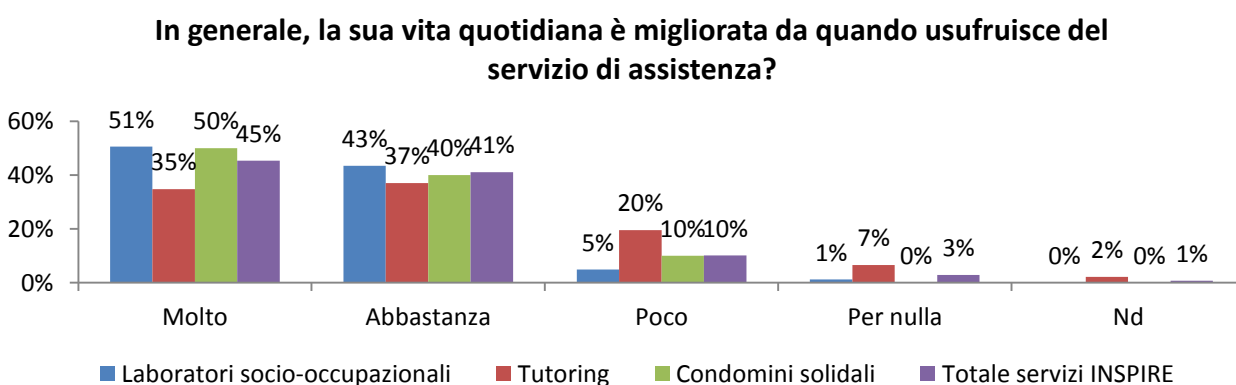
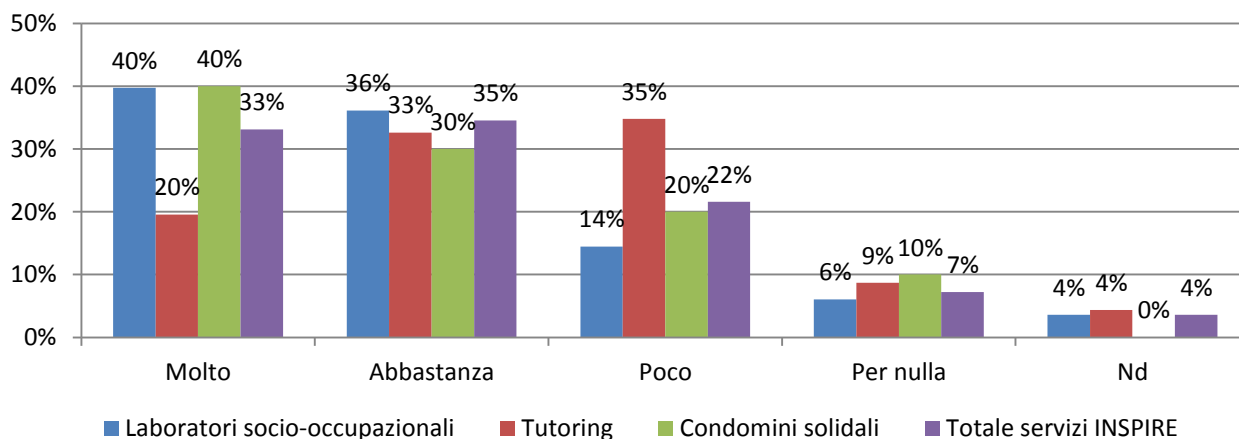


Grafico 14 - Miglioramento della vita quotidiana della famiglia da quando si usufruisce dei servizi INSPIRE (laboratori socio-occupazionali; tutoring; condomini solidali)

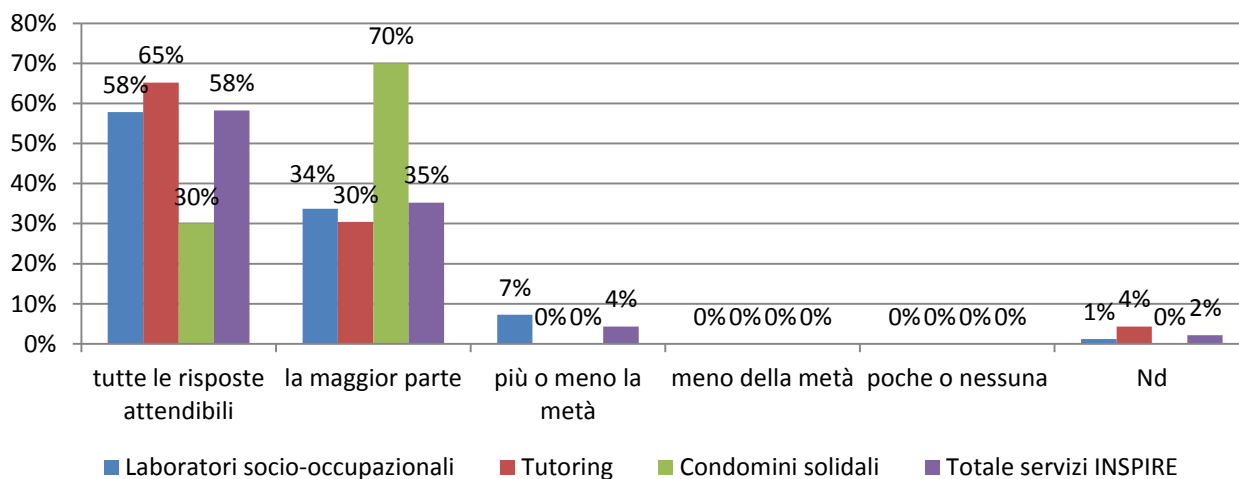
In generale, la vita quotidiana della sua famiglia, è migliorata da quando usufruisce del servizio di assistenza?



In ultimo, dal Grafico 15, emerge un buon livello di attendibilità delle risposte rilevate attraverso il questionario. I dati sul giudizio degli operatori, che hanno affiancato i beneficiari nella compilazione, evidenziano come nel 58% tutte le risposte sono attendibili e nel 35% la maggior parte di esse.

Grafico 15 - Giudizio sull'attendibilità delle risposte fornite da parte del beneficiario dei servizi INSPIRE e/o suo familiare

Giudizio dell'operatore sull'attendibilità delle risposte fornite



6 Raccomandazioni e conclusioni

Questo lavoro analizza il progetto di valutazione controfattuale predisposto per l'intervento INSPIRE nel campo della fragilità sociale. Il rapporto descrive il progetto, i temi metodologici ed empirici dell'analisi valutativa dell'intervento, le sue criticità e come esse sono state affrontate. Nel complesso, il lavoro indica un percorso metodologico promettente per la valutazione non soltanto di INSPIRE, ma anche di altri progetti nel settore sociale: infatti, suggerisce come sia possibile valutare con il metodo controfattuale interventi di carattere sociale e che, anche in presenza di ovvie semplificazioni delle caratteristiche e degli effetti degli interventi, sia possibile raccogliere informazioni sull'effetto delle azioni proposte utili a orientare una loro rifocalizzazione ed estensione.

I risultati ottenuti dall'analisi valutativa attraverso indicatori quantitativi e modelli quasi-sperimentali segnalano un univoco, significativo miglioramento dei soggetti trattati da INSPIRE per tutte le dimensioni considerate. Questo miglioramento non è mostrato dai non trattati, nei quali, invece, si registra il mantenimento della situazione *ex ante*, se non, in alcuni casi, il suo peggioramento. Il miglioramento delle condizioni dei soggetti trattati è, quindi, attribuito dal nostro modello valutativo agli effetti dell'intervento. La presenza di un miglioramento in pressoché tutte le aree considerate irrobustisce i risultati. La significatività statistica, per certi versi inaspettata, segnala come tale cambiamento differenziale sia rimarchevole. Se consideriamo gli indicatori "di giudizio complessivo", gli unici per i quali abbia senso una valutazione comparatistica, possiamo suggerire, a puro scopo indicativo, che gli effetti dell'intervento siano stati pari circa al 9% nel caso dei carichi famigliari, circa al 6% nel caso dei miglioramenti dello stato di salute, e intorno al 16% sia nell'area dell'*empowerment* e delle capacità progettuali, sia nell'area dell'autonomia e benessere personale.

È necessaria comunque cautela nella valutazione non tanto della direzione e significatività degli effetti dell'intervento, la cui misura statistica appare robusta, quanto dell'entità degli effetti stessi. Questo perché in primo luogo, come accennato, gli obiettivi del progetto possono non essere tutti sintetizzabili dagli indicatori individuati, ed è possibile che l'analisi quantitativa abbia colto talvolta solo parzialmente questi obiettivi, e quindi sopravvalutato o sottovalutato l'impatto del progetto. In secondo luogo, ulteriore cautela è richiesta dal fatto che il processo di individuazione degli indicatori incide anche sulla loro affidabilità (l'indicatore deve produrre lo stesso risultato anche se misurato da persone differenti). Nel nostro caso molti indicatori sono soggettivi, implicando la possibilità di effetti spuri, legati al trattamento, al non trattamento, al rapporto con gli operatori e altro, nella risposta alle domande.

D'altronde, il risultato raggiunto non si limita alla valutazione del progetto INSPIRE. Il nostro parere, basato sull'esperienza accumulata nel progetto INSPIRE prima descritta, è che un'applicazione estensiva della valutazione controfattuale, quindi con tecniche quantitative, in campo sociale sia non soltanto utile, ma necessaria. I motivi sono molteplici e qui brevemente tratteggiati.

In primo luogo, un processo valutativo siffatto presuppone un'ampia disponibilità di informazione statistica, che consente una valutazione "consapevole" e non ideologica, che si basa su dati fattuali e permette un giudizio corretto sull'intervento e sui suoi risultati. Inoltre, l'analisi tramite gli indicatori richiede di specificare l'intervento e, quindi, di individuarne in modo palese gli obiettivi.

Questo accresce la consapevolezza della Pubblica Amministrazione rispetto ai suoi interventi e agli effetti della sua azione, considerando non soltanto o unicamente “quanto si è speso”, ma “come si è speso e che effetti ha avuto”.

L'ulteriore vantaggio di tale processo valutativo è di permettere una vera *accountability* della PA, che può essere giudicata e valutata non riguardo ai programmi (quello che si vorrebbe fare), ma riguardo a quanto realizzato e ai suoi effetti. Come precedentemente indicato, l'analisi controfattuale con indicatore garantisce la trasparenza del programma e favorisce la comunicabilità dei risultati. È, quindi, elemento fondamentale del processo di *accountability* verso gli *stakeholder*, che deve essere alla base di ogni intervento pubblico.

Questo processo richiede però uno sforzo importante nella progettazione della politica. In questo lavoro si è voluto sottolineare come sia necessaria una accurata definizione del disegno valutativo, da determinarsi insieme e non dopo l'intervento, in modo da raccogliere le informazioni necessarie e tarare il metodo di valutazione alla dimensione e alle caratteristiche dell'intervento. Inoltre, appare indispensabile una stretta collaborazione tra attuatori e valutatori per l'identificazione degli obiettivi dell'analisi, dei soggetti che sono sottoposti alla politica, del gruppo di controllo, delle modalità di rilevazione delle informazioni, in modo da garantire la qualità ma anche l'effettiva utilità dell'esercizio valutativo.

Allegati

Il questionario di rilevazione

Quadro di sintesi del questionario

L'operatore è il soggetto deputato ad effettuare la rilevazione. La somministrazione del questionario è a compilazione assistita quindi l'operatore affianca sempre il soggetto e/o il familiare nella compilazione. Questo al fine di applicare il criterio della multiassialità, in grado cioè di integrare diversi punti di vista: operatori, familiari e utenti.

Struttura questionario	Domande del questionario	Rispondente
SEZIONE 1: CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO		
✓ Anagrafica sintetica del soggetto		Operatore
✓ Caratteristiche del servizio		
SEZIONE 2: INDICATORI DI IMPATTO		
SEZIONE 2.1: Impatto sui carichi familiari		Familiare ³⁷
○ Carico oggettivo	domande: 1-3; 8; 9	
○ Atteggiamenti positivi	domande: 4; 5	
○ Costi indiretti	domande: 6; 7	
SEZIONE 2.2: Impatto sullo stato di salute		Soggetto ³⁸
○ Salute in generale	domande 10; 21-23	
○ Salute fisica	domande 11-14; 17	
○ Salute mentale	domande: 15; 16; 18-20	
SEZIONE 2.3: Empowerment - Capacità di progettare il futuro		
○ Autostima-autoefficacia	domande: 26; 27; 31	
○ Capacitazione-incapacità	domande: 24; 25	
○ Attivismo nella comunità e autonomia	domande: 28; 30	
○ Ottimismo e controllo sul futuro	domanda: 29	
SEZIONE 2.4: Autonomia personale e benessere sociale		
○ Attività cognitive	domande: 36	
○ Mobilità	domande: 34; 37	
○ Cura di sé	domande: 38; 39	
○ Relazionarsi con le persone	domande: 40; 41	
○ Attività della vita quotidiana	domande: 33	
○ Partecipazione	domande: 35	
SEZIONE 3: GRADO DI SODDISFAZIONE DEL SERVIZIO		
✓ Erogazione del servizio	domande: 43-45	
SEZIONE 4: MODALITÀ DI CHIUSURA INTERVENTO		Operatore

Nota bene: il presente questionario andrà somministrato prima e dopo l'intervento sia al gruppo dei soggetti coinvolti nella sperimentazione sia al gruppo dei soggetti NON coinvolti nella sperimentazione (gruppo di controllo).

³⁷ La sezione 2.1 del questionario può essere somministrata solo nel caso in cui dalla domanda filtro all'inizio della sezione emerge che il soggetto convive con almeno un familiare.

³⁸ Per i soggetti psichiatrici con cartella aperta presso il DSM, può essere valutato che nell'ipotesi di oggettiva impossibilità ad intervistare il soggetto, le sezioni: 2.2; 2.3; 2.4 vengano compilate dall'operatore o dal familiare (affiancato dall'operatore), che farà il possibile per "immedesimarsi" nel soggetto e rispondere "come il soggetto avrebbe risposto".

Progetto INSPIRE

Questionario per la valutazione controfattuale

Gentile cittadino,

il questionario che segue è rivolto a un gruppo di persone individuato nell'ambito dei soggetti interessati dai servizi di assistenza e di cura della fragilità erogati a Roma.

Il questionario si inserisce all'interno del progetto INSPIRE (Innovative Services for Fragile People in Rome) attraverso il quale il Dipartimento Politiche Sociali, Sussidiarietà e Salute di Roma Capitale vuole rispondere alla forte esigenza di innovazione del welfare territoriale. In questo senso il progetto prevede una sperimentazione sui servizi di cura alla persona fragile.

Il questionario è finalizzato alla valutazione dell'impatto del progetto e quindi ha lo scopo di individuare le possibili azioni di miglioramento nella fruizione dei servizi per la fragilità.

In questa prospettiva il questionario ha unicamente fini scientifici e cerca di approfondire la conoscenza dello stato di fragilità dei soggetti destinatari dei servizi, al solo fine di rilevare eventuali cambiamenti di questa condizione nel corso del periodo di osservazione. Per tale ragione il questionario Le viene riproposto a circa un anno dalla prima somministrazione

INFORMATIVA

(AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI)

Coerentemente con le finalità scientifiche del questionario, i dati da Lei forniti non potranno essere utilizzati per fini amministrativi o per prendere decisioni o provvedimenti a Lei relativi (art. 105, comma 1, d.lgs n. 196/2003). Inoltre, i dati da Lei forniti sono tutelati dal segreto statistico (art.9 d.lgs.n.322/1989) e sono sottoposti alle regole stabilite dal Codice in materia di protezione dei dati personali (approvato con d.lgs. n.196/2003).

Tali dati saranno comunicati in forma anonima ai soggetti che dovranno trattarli, i quali in alcun modo potranno risalire alla sua identità personale e a quella dei membri del suo nucleo familiare.

In particolare, il Dipartimento Politiche Sociali, Salute e Sussidiarietà di Roma Capitale è responsabile del trattamento dei dati personali da Lei forniti.

Al Direttore del Dipartimento Politiche Sociali, Salute e Sussidiarietà è possibile rivolgersi per quanto riguarda l'esercizio dei diritti degli interessati di cui all'art. 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali (art. 7 del d.lgs. n. 196/ 2003), fra cui il diritto di ottenere la conferma, l'aggiornamento e la cancellazione dei dati. Pec: protocollo.servizisociali@pec.comune.roma.it

Roma, _____

Firma per presa visione

ANAGRAFICA SINTETICA DEL SOGGETTO

Sezione SEPARATA dal questionario di rilevazione

→ COMPILAZIONE A CURA DELL'OPERATORE

ID del soggetto: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Cognome:
Nome:
Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>
Municipio di residenza:
<input type="checkbox"/> MUNICIPIO I (ex I + ex XVII)
<input type="checkbox"/> MUNICIPIO II (ex II + ex III)
<input type="checkbox"/> MUNICIPIO III (ex IV)
<input type="checkbox"/> MUNICIPIO IV (ex V)
<input type="checkbox"/> MUNICIPIO V (ex VI + ex VII)
<input type="checkbox"/> MUNICIPIO VI (ex VIII)
<input type="checkbox"/> MUNICIPIO VII (ex IX + ex X)
<input type="checkbox"/> MUNICIPIO VIII (ex XI)
<input type="checkbox"/> MUNICIPIO IX (ex XII)
<input type="checkbox"/> MUNICIPIO X (ex XIII)
<input type="checkbox"/> MUNICIPIO XI (ex XV)
<input type="checkbox"/> MUNICIPIO XII (ex XVI)
<input type="checkbox"/> MUNICIPIO XIII (ex XVIII)
<input type="checkbox"/> MUNICIPIO XIV (ex XIX)
<input type="checkbox"/> MUNICIPIO XV (ex XX)
Data di nascita:
Luogo di nascita:
Residenza:
ASL di Residenza:
Cittadinanza, eventuale permesso di soggiorno:

ANAGRAFICA SINTETICA DEL SOGGETTO
Sezione ANNESSA al questionario di rilevazione

→ **COMPILAZIONE A CURA DELL'OPERATORE**

<p>ID del soggetto: _ _ _ _ </p> <p>Data di compilazione (giorno, mese, anno) _ _ _ _ _ _ </p> <p><input type="checkbox"/> 1° compilazione (EX ANTE)</p> <p><input type="checkbox"/> 2° compilazione (EX POST)</p>
--

Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>
Municipio di residenza:
Data di nascita:
Primo anno di presa in carico del soggetto da parte del servizio sociale municipale e/o della ASL o del DSM:
Precedenti attività di profilo riabilitativo collettivo e/o esperienze assistenziali socializzanti (ultimo anno): <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Specificare tipologia _____

SEZIONE 1: CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO³⁹

→ **COMPILAZIONE A CURA DELL'OPERATORE**

Soggetti coinvolti nella sperimentazione	Tipologia soggetto	
Laboratori socio-occupazionali	Disabili adulti	<input type="checkbox"/>
	Soggetti con cartella aperta presso il DSM Indicare categoria diagnostica (Diagnostic Statistical Measurement) DSM 4 →	<input type="checkbox"/>
Servizi di tutoring	Nuclei/soggetti fragili	<input type="checkbox"/>
Condomini solidali	Anziani/disabilità media	<input type="checkbox"/>

Soggetti NON coinvolti nella sperimentazione	Livello assistenziale	
Utente servizi di assistenza non residenziale SAISH	Basso	<input type="checkbox"/>
	Medio	<input type="checkbox"/>
Utente servizi di assistenza non residenziale SAISA	Basso	<input type="checkbox"/>
	Medio	<input type="checkbox"/>
Altro soggetto con cartella aperta presso il DSM	Indicare categoria diagnostica (Diagnostic Statistical Measurement) DSM 4 →	<input type="checkbox"/>
Altro soggetto in altra lista di attesa o utente di altro servizio individuale	Specificare la lista di attesa o il servizio: _____	<input type="checkbox"/>

³⁹ Per ogni servizio si prevede una sezione su frequenza (ore/settimana ecc.) e descrizione standard delle attività svolte.

SEZIONE 2: INDICATORI DI IMPATTO

SEZIONE 2.1 IMPATTO SUI CARICHI FAMILIARI

→ **COMPILAZIONE A CURA DEL FAMILIARE AFFIANCATO DALL'OPERATORE**

Questa sezione del questionario è somministrata soltanto nel caso in cui dalla domanda filtro successiva emerge che il soggetto convive con i genitori o almeno con un familiare. Negli altri casi si vada direttamente alla sezione 2.2

NON è prevista la somministrazione di questa sezione per gli utenti del servizio di TUTOIRNG.

- Quale è il tipo/profilo di convivenza del soggetto?

- Convive con i genitori o familiari
- Convive con un assistente personale
- Convive tra pari (case famiglia, gruppi appartamento, comunità)
- Vive autonomamente

Questa sezione del questionario esplora le situazioni capitate a Lei e alla Sua famiglia in relazione alla condizione di (che nel questionario è indicato con una S). Per ogni domanda, La preghiamo di segnare una croce sulla casella della risposta che più si avvicina alla Sua situazione.

1. Negli ultimi due mesi sono stato sveglio o ho dovuto svegliarmi di notte per i problemi di S.

Per niente	Qualche volta	Spesso	Ogni notte
1	2	3	4

2. Negli ultimi due mesi, per prendermi cura di S, ho dovuto trascurare i miei passatempi e quello che mi piace fare nel tempo libero.

Mai	Qualche volta	Spesso	Sempre
1	2	3	4

3. Negli ultimi due mesi, per la condizione di S, ho avuto difficoltà a svolgere il mio lavoro o i lavori domestici (nel caso di familiare solo in casa che non lavora o pensionato) o ho dovuto assentarmi dal lavoro o da scuola.

Mai	Qualche volta	Spesso	Sempre	Non applicabile
1	2	3	4	0

4. Negli ultimi due mesi, sono stato soddisfatto del modo in cui S ha dato una mano a casa.

Per niente	Un po'	Molto	Moltissimo
1	2	3	4

Non applicabile, S non è abituato a dare una mano a casa
0

5. Negli ultimi due mesi, S ha collaborato con chi ha cercato di aiutarlo/la.

Per niente	Un po'	Molto	Moltissimo
1	2	3	4

6. Lei lavora? si no

SE SI, RISPONDA ANCHE ALLA DOMANDA SEGUENTE, ALTRIMENTI PASSI ALLA DOMANDA 8

7. Nell'ultimo anno, la mia situazione lavorativa è stata influenzata dalla condizione di S.

No, per nulla	Sì, ho dovuto svolgere un lavoro a tempo ridotto o meno impegnativo	Sì, ho dovuto svolgere un lavoro meno gratificante	Sì, sono andato in pensione prima del tempo
1	2	3	4

8. Indicare il numero medio di ore settimanali che il familiare e/o l'assistente personale dedica alle cure "in casa" e "fuori casa" di cui S non può fare a meno:

tra 1 e 5 ore	tra 6 e 15 ore	tra 16 e 24 ore	tra 25 e 48 ore	oltre 48
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Dia un giudizio complessivo sul carico familiare sostenuto per l'assistenza di S.

1 = impegno familiare molto basso; 10 = impegno familiare estremamente elevato									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEZIONE 2.2 IMPATTO SULLO STATO DI SALUTE

→ COMPILAZIONE A CURA DEL SOGGETTO AFFIANCATO DALL'OPERATORE

Per i soggetti psichiatrici con cartella aperta presso il DSM, può essere valutato che nell'ipotesi di oggettiva impossibilità ad intervistare il soggetto, le seguenti sezioni: 2.2; 2.3; 2.4 vengano compilate dall'operatore o dal familiare (affiancato dall'operatore), che farà il possibile per "immedesimarsi" nel soggetto e rispondere "come il soggetto avrebbe risposto".

ISTRUZIONI: Questa sezione del questionario intende valutare cosa Lei pensa della Sua salute. Risponda a ciascuna domanda del questionario indicando la Sua risposta come mostrato di volta in volta. Se non si sente certo della risposta, effettui la scelta che comunque Le sembra migliore.

10. In generale, direbbe che la Sua salute è:

Eccellente	Molto buona	Buona	Passabile	Scadente
1	2	3	4	5

11. La Sua salute La limita attualmente nello svolgimento di attività di moderato impegno fisico, come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta?

SI mi limita parecchio	SI mi limita parzialmente	NO non mi limita per nulla
1	2	3

12. La Sua salute La limita attualmente nel salire qualche piano di scale?

SI mi limita parecchio	SI mi limita parzialmente	NO non mi limita per nulla
1	2	3

13. Nelle ultime 4 settimane ha reso meno di quanto avrebbe voluto, sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della sua salute fisica?

SI	NO
1	2

14. Nelle ultime 4 settimane ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività, a causa della sua salute fisica?

SI	NO
1	2

15. Nelle ultime 4 settimane, ha reso meno di quanto avrebbe voluto sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del suo stato emotivo (come sentirsi depresso o ansioso)?

SI	NO
1	2

16. Nelle ultime 4 settimane, ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o in altre attività, a causa del suo stato emotivo (come sentirsi depresso o ansioso)?

SI	NO
1	2

17. Nelle ultime 4 settimane, in che misura il dolore L'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)?

Per nulla	Molto poco	Un po'	Molto	Moltissimo
1	2	3	4	5

18. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito/a calmo/a e/o sereno/a?

Sempre	Quasi sempre	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai
1	2	3	4	5

19. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito/a pieno di energia?

Sempre	Quasi sempre	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai
1	2	3	4	5

20. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito scoraggiato e triste?

Sempre	Quasi sempre	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai
1	2	3	4	5

21. Nelle ultime 4 settimane per quanto tempo la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle Sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?

Sempre	Quasi sempre	Una parte del tempo	Quasi mai	Mai
1	2	3	4	5

22. Qual è il numero di farmaci giornalieri che Lei assume regolarmente

tra 1 e 3	tra 4 e 7	oltre i 7	altra modalità	Non assumo farmaci
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Quale è stato nell'ultimo anno il numero di ricoveri a cui Lei è stato/a sottoposto/a attribuibili alla sua condizione cronico/invalidante?

0	tra 1 e 2	tra 3 e 5	oltre i 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEZIONE 2.3 EMPOWERMENT- CAPACITÀ DI PROGETTARE IL FUTURO

→ COMPILAZIONE A CURA DEL SOGGETTO AFFIANCATO DALL'OPERATORE

Con riferimento a questa sezione vorrei che Lei rispondesse alle domande, che servono a conoscere meglio le condizioni delle persone con cui lavoriamo e ad accertare in particolare il suo modo di vedere la vita e di prendere decisioni. Per cortesia, faccia una croce sul numero posto sotto la risposta che ritiene più vicina a quanto pensa riguardo all'affermazione. Indichi quello che sente adesso. La prima impressione di solito è la migliore, quindi non perda tempo sulla domanda. Per favore, sia sincero in modo che la risposta rifletta veramente le sue opinioni. Per cortesia risponda a tutte le domande facendo una croce sul numero che meglio descrive quello che prova. Scelga solo una risposta. Se ha delle difficoltà, me lo dica.

24. Io posso determinare in buona parte quello che accadrà nella mia vita.

Pienamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Assolutamente in disaccordo
1	2	3	4

25. Mi limito a portare avanti solo le cose in cui sono sicuro di farcela.

Pienamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Assolutamente in disaccordo
1	2	3	4

26. Ho un'opinione positiva di me stesso.

Pienamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Assolutamente in disaccordo
1	2	3	4

27. Solitamente sono sicuro delle decisioni che prendo.

Pienamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Assolutamente in disaccordo
1	2	3	4

28. Lavorare insieme può giovare alla propria comunità.

Pienamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Assolutamente in disaccordo
1	2	3	4

29. In genere sono ottimista sul futuro.

Pienamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Assolutamente in disaccordo
1	2	3	4

30. Di solito mi sento solo.

Pienamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Assolutamente in disaccordo
1	2	3	4

31. Credo che le mie buone qualità siano superiori ai miei limiti.

Pienamente d'accordo	D'accordo	In disaccordo	Assolutamente in disaccordo
1	2	3	4

32. Dia un giudizio complessivo sul suo grado di autodeterminazione, autostima- autoefficacia e di capacità di progettare il futuro:

1 = Grado molto basso 10 = Grado estremamente elevato										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Non sono in grado di dare un giudizio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEZIONE 2.4 AUTONOMIA PERSONALE E BENESSERE SOCIALE

→ COMPILAZIONE A CURA DEL SOGGETTO AFFIANCATO DALL'OPERATORE

Assegni un livello di difficoltà alle seguenti attività:

33. Prendersi cura delle responsabilità domestiche?

Nessuna difficoltà	Difficoltà modesta	Difficoltà grave	Estrema difficoltà o non posso fare
1	2	3	4

34. Apprendere una nuova attività, per esempio imparare a raggiungere un nuovo posto?

Nessuna difficoltà	Difficoltà modesta	Difficoltà grave	Estrema difficoltà o non possono fare
1	2	3	4

35. Partecipare alle attività della comunità (ad esempio feste religiose o altre attività) nello stesso modo con cui può farlo chiunque altro?

Nessuna difficoltà	Difficoltà modesta	Difficoltà grave	Estrema difficoltà o non possono fare
1	2	3	4

36. Concentrarsi sul fare qualcosa per dieci minuti?

Nessuna difficoltà	Difficoltà modesta	Difficoltà grave	Estrema difficoltà o non possono fare
1	2	3	4

37. Camminare per una lunga distanza, ad esempio un chilometro (o equivalente)?

Nessuna difficoltà	Difficoltà modesta	Difficoltà grave	Estrema difficoltà o non possono fare
1	2	3	4

38. Lavarsi tutto il corpo?

Nessuna difficoltà	Difficoltà modesta	Difficoltà grave	Estrema difficoltà o non possono fare
1	2	3	4

39. Vestirsi?

Nessuna difficoltà	Difficoltà modesta	Difficoltà grave	Estrema difficoltà o non possono fare
1	2	3	4

40. Rapportarsi con persone che non conosci?

Nessuna difficoltà	Difficoltà modesta	Difficoltà grave	Estrema difficoltà o non possono fare
1	2	3	4

41. Mantenere un rapporto di amicizia?

Nessuna difficoltà	Difficoltà modesta	Difficoltà grave	Estrema difficoltà o non possono fare
1	2	3	4

42. Dia un giudizio complessivo sul grado di autonomia personale e sulla capacità di relazionarsi con le persone:

1 = Grado molto basso; 10 = Grado estremamente elevato										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Non sono in grado di dare un giudizio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEZIONE 3: GRADO DI SODDISFAZIONE DEL SERVIZIO

**NOTA BENE: COMPILAZIONE A CURA DEL SOGGETTO O DEL FAMILIARE
QUESTA SEZIONE VA COMPILATA SOLO PER IL QUESTIONARIO EX POST
(FINALE) E SOLO PER I SOGGETTI COINVOLTI NELLA SPERIMENTAZIONE**

Soggetti intervistati

Questa sezione del questionario è somministrata a:

- Soggetto utente del servizio
- Familiare

EROGAZIONE DEL SERVIZIO

43. In generale e considerando tutto il periodo in cui ha usufruito del servizio, quanto è soddisfatto?

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. In generale, la sua vita quotidiana è migliorata da quando usufruisce del servizio di assistenza?

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. In generale, la vita quotidiana della sua famiglia, è migliorata da quando usufruisce del servizio di assistenza?

Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEZIONE 4: MODALITÀ DI CHIUSURA INTERVENTO

→ COMPILAZIONE A CURA DELL'OPERATORE **SOLO PER IL QUESTIONARIO EX POST**

Esito positivo^v Abbandono^{vi} Altro (campo testo dove inserire la specifica)

Altra specifica (multiresponse):

Difficoltà incontrate nell'effettuazione della compilazione da parte del compilatore

Nessuna Qualcuna Molte

Se ha risposto "qualcuna" o "molte", specificare le difficoltà

Giudizio dell'operatore sull'attendibilità delle risposte fornite

- tutte le risposte attendibili
- la maggior parte
- più o meno la metà
- meno della metà
- poche o nessuna

Elaborazioni (tabelle analisi dati)

Anagrafica

Ana_3 Sesso

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
F	44,1%	42,4%	45,1%	47,2%
M	55,9%	57,6%	54,9%	52,8%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Ana_4 Municipio di residenza Municipio di residenza

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
IX	18,0%	16,2%	30,5%	34,4%
V	34,8%	38,4%	27,4%	28,8%
VII	15,5%	21,2%	4,9%	6,4%
XII	11,2%	9,1%	11,0%	10,4%
XIV	20,5%	15,2%	26,2%	20,0%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Ana_5_1 Classi di età

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
18-29	22%	21,6%	17,7%	17,9%
30-39	20,5%	20,1%	11,0%	9,0%
40-49	29,8%	30,2%	20,7%	20,9%
50-59	13,7%	14,4%	22,0%	19,4%
60-69	6,2%	6,5%	12,2%	14,9%
70-79	3,7%	4,3%	5,5%	3,7%
80 e più	3,7%	2,9%	11,0%	12,7%
Non disponibile	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Ana_11 Primo anno di presa in carico del soggetto da parte del servizio sociale municipale e/o della ASL o del DSM

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
2010-2017	33,5%	36,7%	35,4%	35,8%
2000-2009	23,6%	20,9%	20,1%	18,7%
1990-1999	13,7%	14,4%	15,9%	17,9%
prima del 1990	9,9%	9,4%	4,9%	3,7%
Non disponibile	19,3%	18,7%	23,8%	23,9%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Ana_12 Precedenti attività di profilo riabilitativo collettivo e/o esperienze assistenziali (ultimo anno):

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
no	80,7%	74,7%	69,5%	64,0%
sì	19,3%	25,3%	29,3%	34,4%
non disponibile	0,0%	0,0%	1,2%	1,6%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sezione 1

Sez_1_1 Tipologia soggetti

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Disabili adulti	36,6%	48,5%	37,2%	44,0%
Soggetti con cartella aperta presso il DSM	22,4%	24,2%	26,8%	24,0%
Nuclei/soggetti fragili	33,5%	26,3%	22,0%	18,4%
Anziani/disabilità	7,5%	1,0%	14,0%	13,6%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sez_1_2_1 Descrizione tipologia servizio sperimentale oppure indicare gruppo di controllo

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
3DMakerLab-LaboratorioArtigianale3D	13,0%	16,2%		
Condomini solidali	7,5%	1,0%		
Crossmediale	4,3%	5,1%		
Cucina	5,0%	3,0%		
Falegneria	1,2%	2,0%		
Legatoria	5,0%	6,1%		
Pizzeria	15,5%	21,2%		
Social Farming Lab-Laboratorio Agricoltura Sociale	13,7%	18,2%		
Tutoring	34,8%	27,3%		
Totale perc.	100,0%			

Sez_1_3_1 Ricla_Classi di patologie/tipo disagio

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Anziano Fragile	7,5%	1,0%	14,0%	13,6%
Disabilità fisica e/o ritardo mentale	7,5%	9,1%	20,1%	24,8%
Disturbi di Personalità e/o ritardo mentale	18,0%	23,2%	9,1%	9,6%
Epilessia	1,9%	3,0%	1,2%	0,8%
Fragilità socio-economica	32,3%	24,2%	22,0%	18,4%
Sindrome di down	6,2%	10,1%	5,5%	7,2%
Soggetto con cartella aperta presso il DSM	22,4%	24,2%	26,8%	24,0%
Spettro autistico	4,3%	5,1%	1,2%	1,6%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Impatto sui carichi familiari

Domanda filtro

Sez_2.1_0 Quale è il tipo/profilo di convivenza del soggetto?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Convive con i genitori o familiari	49,1%	52,5%	44,5%	46,4%
Convive con un assistente personale	0,6%	2,0%	3,7%	3,2%
Convive tra pari	5,6%	4,0%	9,1%	13,6%
Vive autonomamente	10,6%	9,1%	12,8%	16,8%
Altro	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
non disponibile	33,5%	32,3%	29,9%	20,0%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Impatto sui carichi familiari**Carico oggettivo**

Sez_2.1_1 Negli ultimi due mesi sono stato sveglio o ho dovuto svegliarmi di notte per i problemi di S.

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Per niente	32,3%	43,4%	18,3%	16,8%
Qualche volta	12,4%	9,1%	16,5%	22,4%
Spesso	4,3%	2,0%	6,7%	4,8%
Ogni notte non disponibile	2,5%	0,0%	3,0%	1,6%
	48,4%	45,5%	55,5%	54,4%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sez_2.1_2 Negli ultimi due mesi, per prendermi cura di S, ho dovuto trascurare i miei passatempi e quello che mi piace fare nel tempo libero.

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Mai	14,9%	27,3%	7,9%	8,0%
Qualche volta	23,0%	21,2%	13,4%	16,0%
Spesso	4,3%	5,1%	12,8%	12,0%
Sempre	9,3%	0,0%	10,4%	10,4%
non disponibile	48,4%	46,5%	55,5%	53,6%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sez_2.1_3 Negli ultimi due mesi, per la condizione di S, ho avuto difficoltà a svolgere il mio lavoro o i lavori domestici (nel caso di familiare solo in casa che non lavora o pensionato) o ho dovuto assentarmi dal lavoro o da scuola.

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Mai	27,3%	34,3%	15,2%	11,2%
Qualche volta	13,7%	11,1%	12,2%	19,2%
Spesso	6,8%	2,0%	9,8%	8,0%
Sempre	2,5%	0,0%	6,7%	7,2%
Non applicabile	0,6%	5,1%	0,6%	0,0%
non disponibile	49,1%	47,5%	55,5%	54,4%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Impatto sui carichi familiari**Atteggiamenti positivi**

Sez_2.1_4 Negli ultimi due mesi, sono stato soddisfatto del modo in cui S ha dato una mano a casa.

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Per niente	5,0%	4,0%	16,5%	12,0%
Un pò	17,4%	18,2%	15,9%	20,0%
Molto	16,8%	16,2%	7,9%	4,8%
Moltissimo	8,1%	12,1%	0,0%	0,8%
Non applicabile	4,3%	3,0%	4,3%	8,0%
non disponibile	48,4%	46,5%	55,5%	54,4%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sez_2.1_5 Negli ultimi due mesi, S ha collaborato con chi ha cercato di aiutarlo/la.

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Per niente	1,9%	1,0%	4,9%	6,4%
Un po'	18,6%	14,1%	23,2%	26,4%
Molto	25,5%	26,3%	13,4%	11,2%
Moltissimo	5,6%	12,1%	3,0%	0,8%
non disponibile	48,4%	46,5%	55,5%	55,2%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Impatto sui carichi familiari

Domanda filtro

Sez_2.1_6 Lei lavora?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Si	20,5%	22,2%	14,6%	16,8%
No	29,8%	17,2%	29,3%	28,0%
non disponibile	49,7%	60,6%	56,1%	55,2%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Impatto sui carichi familiari

Costi indiretti

Sez_2.1_7 Nell'ultimo anno, la mia situazione lavorativa è stata influenzata dalla condizione di S.

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
No, per nulla	10,6%	18,2%	5,5%	7,2%
Sì, ho dovuto svolgere un lavoro a tempo ridotto o meno impegnativo	7,5%	4,0%	6,1%	7,2%
Sì, ho dovuto svolgere un lavoro meno gratificante	2,5%	2,0%	3,0%	1,6%
Sì, sono andato in pensione prima del tempo	0,0%	0,0%	0,6%	0,8%
non disponibile	79,5%	75,8%	84,8%	83,2%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Impatto sui carichi familiari

Domanda di controllo

Sez_2.1_8 Indicare il numero medio di ore settimanali che il familiare e/o l'assistente personale dedica alle cure "in casa" e "fuori casa" di cui S non può fare a meno:

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
tra 1 e 5 ore	18,0%	18,2%	5,5%	3,2%
tra 6 e 15 ore	7,5%	15,2%	4,3%	4,0%
tra 16 e 24 ore	7,5%	6,1%	6,1%	3,2%
tra 25 e 48 ore	6,2%	7,1%	6,1%	5,6%
oltre 48	11,8%	5,1%	21,3%	28,8%
non disponibile	49,1%	48,5%	56,7%	55,2%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sez_2.1_9 Dia un giudizio complessivo sul carico familiare sostenuto per l'assistenza di S.

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
1	4,9%	11,3%	0,0%	0,0%
2	2,4%	1,9%	0,0%	5,4%
3	7,3%	7,5%	2,8%	1,8%
4	6,1%	0,0%	4,2%	1,8%
5	12,2%	18,9%	4,2%	7,1%
6	11,0%	13,2%	12,5%	3,6%
7	11,0%	15,1%	11,1%	5,4%
8	18,3%	18,9%	22,2%	25,0%
9	7,3%	3,8%	18,1%	26,8%
10	19,5%	9,4%	25,0%	23,2%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Impatto sullo stato di salute

Salute in generale

Sez_2.2_10 In generale, direbbe che la Sua salute è:

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Eccellente	4,3%	11,1%	1,8%	1,6%
Molto buona	13,7%	14,1%	7,3%	5,6%
Buona	44,7%	46,5%	36,0%	39,2%
Passabile	26,7%	24,2%	32,9%	30,4%
Scadente	10,6%	4,0%	22,0%	23,2%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sez_2.2_21 Nelle ultime 4 settimane per quanto tempo la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle Sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Sempre	13,0%	3,0%	9,1%	12,8%
Quasi sempre	21,1%	16,2%	23,8%	23,2%
Una parte del tempo	32,3%	34,3%	39,0%	39,2%
Quasi mai	19,3%	25,3%	21,3%	19,2%
Mai	14,3%	21,2%	6,7%	5,6%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Impatto sullo stato di salute

Salute fisica

Sez_2.2_11 La Sua salute La limita attualmente nello svolgimento di attività di moderato impegno fisico, come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
SÌ mi limita parecchio	21,7%	8,1%	36,0%	41,6%
SÌ mi limita parzialmente	28,6%	26,3%	37,8%	40,0%
NO non mi limita per nulla	49,7%	65,7%	26,2%	17,6%
non disponibile	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sez_2.2_12 La Sua salute La limita attualmente nel salire qualche piano di scale?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
SÌ mi limita parecchio	14,3%	8,1%	30,5%	33,6%
SÌ mi limita parzialmente	24,8%	15,2%	30,5%	30,4%
NO non mi limita per nulla	60,9%	76,8%	39,0%	35,2%
non disponibile	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sez_2.2_13 Nelle ultime 4 settimane ha reso meno di quanto avrebbe voluto, sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della sua salute fisica?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
SÌ	43,5%	26,3%	48,2%	52,0%
NO	56,5%	73,7%	51,8%	47,2%
non disponibile	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sez_2.2_14 Nelle ultime 4 settimane ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività, a causa, della sua salute fisica?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
SÌ	45,3%	23,2%	50,0%	54,4%
NO	54,7%	76,8%	50,0%	45,6%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sez_2.2_17 Nelle ultime 4 settimane, in che misura il dolore L'ha ostacolata nel lavoro che svolge, abitualmente (sia in casa sia fuori casa)?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Per nulla	29,8%	39,4%	22,6%	19,2%
Molto poco	13,0%	22,2%	17,1%	15,2%
Un po'	33,5%	30,3%	28,0%	24,8%
Molto	14,3%	5,1%	21,3%	24,8%
Moltissimo	8,7%	3,0%	11,0%	16,0%
non disponibile	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Impatto sullo stato di salute

Salute mentale

Sez_2.2_15 Nelle ultime 4 settimane ha reso meno di quanto avrebbe voluto sul lavoro o nelle altre attività quotidiane a causa del suo stato emotivo (come sentirsi depresso o ansioso)?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
SÌ	61,5%	43,4%	59,8%	62,4%
NO	38,5%	56,6%	40,2%	36,8%
non disponibile	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sez_2.2_16 Nelle ultime 4 settimane, ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o in altre attività, a causa del suo stato emotivo (come sentirsi depresso o ansioso)?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
SÌ	59,6%	45,5%	61,6%	60,8%
NO	39,8%	54,5%	38,4%	36,8%
non disponibile	0,6%	0,0%	0,0%	2,4%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sez_2.2_18 Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito/a calmo/a e/o sereno/a?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Sempre	12,4%	22,2%	11,6%	2,4%
Quasi sempre	23,0%	32,3%	25,6%	31,2%
Una parte del tempo	37,3%	32,3%	42,1%	35,2%
Quasi mai	21,7%	8,1%	17,1%	24,8%
Mai	5,6%	5,1%	3,7%	6,4%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sez_2.2_19 Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito/a pieno di energia?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Sempre	14,9%	19,2%	12,2%	5,6%
Quasi sempre	18,6%	36,4%	22,0%	20,8%
Una parte del tempo	37,3%	33,3%	32,3%	39,2%
Quasi mai	18,6%	9,1%	21,3%	23,2%
Mai	9,9%	2,0%	12,2%	11,2%
non disponibile	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sez_2.2_20 Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito scoraggiato e triste?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Sempre	12,4%	0,0%	11,0%	9,6%
Quasi sempre	24,2%	0,0%	21,3%	20,0%
Una parte del tempo	38,5%	100,0%	47,6%	45,6%
Quasi mai	13,7%	0,0%	12,2%	19,2%
Mai	11,2%	0,0%	7,9%	5,6%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Impatto sullo stato di salute

Farmaci

Sez_2.2_22 Qual è il numero di farmaci giornalieri che Lei assume regolarmente

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
tra 1 e 3	42,9%	35,4%	42,1%	39,2%
tra 4 e 7	14,9%	13,1%	23,2%	24,0%
oltre i 7	6,8%	1,0%	16,5%	17,6%
altra modalità	1,2%	6,1%	0,6%	0,8%
Non assumo farmaci	34,2%	44,4%	17,7%	16,8%
non disponibile	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Impatto sullo stato di salute**Ricoveri**

Sez_2.2_23 Quale è stato nell'ultimo anno il numero di ricoveri a cui è stato sottoposto S attribuibili alla sua condizione cronico/invalidante?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
0	81,4%	89,9%	77,4%	82,4%
tra 1 e 2	13,7%	9,1%	17,7%	12,0%
tra 3 e 5	3,1%	1,0%	3,0%	2,4%
oltre i 5	1,9%	0,0%	1,8%	1,6%
non disponibile	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Empowerment - Capacità di progettare il futuro**Autostima-autoefficacia**

Sez_2.3_26 Ho un'opinione positiva di me stesso

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Pienamente d'accordo	25,5%	23,2%	12,8%	8,0%
D'accordo	46,0%	64,6%	53,0%	56,8%
In disaccordo	24,8%	10,1%	25,6%	28,0%
Assolutamente in disaccordo	3,7%	2,0%	8,5%	7,2%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sez_2.3_27 Solitamente sono sicuro delle decisioni che prendo.

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Pienamente d'accordo	15,5%	25,3%	12,8%	14,4%
D'accordo	49,7%	49,5%	51,8%	44,8%
In disaccordo	28,0%	22,2%	27,4%	32,0%
Assolutamente in disaccordo	6,2%	3,0%	7,9%	8,8%
non disponibile	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sez_2.3_31 Credo che le mie buone qualità siano superiori ai miei limiti.

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Pienamente d'accordo	19,3%	18,2%	9,1%	8,8%
D'accordo	55,9%	63,6%	64,6%	57,6%
In disaccordo	20,5%	15,2%	18,9%	28,8%
Assolutamente in disaccordo	3,7%	2,0%	7,3%	3,2%
non disponibile	0,6%	1,0%	0,0%	1,6%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Empowerment - Capacità di progettare il futuro**Capacità-Incapacità**

Sez_2.3_24 Io posso determinare in buona parte quello che accadrà nella mia vita.

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Pienamente d'accordo	14,3%	19,2%	7,3%	4,8%
D'accordo	39,8%	42,4%	37,8%	32,8%
In disaccordo	31,1%	30,3%	39,6%	47,2%
Assolutamente in disaccordo	14,3%	8,1%	15,2%	15,2%
non disponibile	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sez_2.3_25 Mi limito a portare avanti solo le cose in cui sono sicuro di farcela.

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Pienamente d'accordo	20,5%	16,2%	15,9%	18,4%
D'accordo	50,9%	45,5%	57,3%	61,6%
In disaccordo	24,8%	34,3%	18,9%	14,4%
Assolutamente in disaccordo	3,1%	4,0%	7,9%	5,6%
non disponibile	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Empowerment - Capacità di progettare il futuro

Attivismo nella comunità e autostima

Sez_2.3_28 Lavorare insieme può giovare alla propria comunità.

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Pienamente d'accordo	34,2%	43,4%	23,8%	17,6%
D'accordo	55,3%	52,5%	59,1%	64,0%
In disaccordo	7,5%	2,0%	12,2%	14,4%
Assolutamente in disaccordo	3,1%	2,0%	4,3%	3,2%
non disponibile	0,0%	0,0%	0,6%	0,8%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sez_2.3_30 Di solito mi sento solo.

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Pienamente d'accordo	19,3%	15,2%	20,7%	20,8%
D'accordo	35,4%	43,4%	34,8%	38,4%
In disaccordo	32,3%	31,3%	38,4%	36,8%
Assolutamente in disaccordo	13,0%	10,1%	6,1%	3,2%
non disponibile	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Empowerment - Capacità di progettare il futuro

Ottimismo e controllo sul futuro

Sez_2.3_29 In genere sono ottimista sul futuro.

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Pienamente d'accordo	19,9%	26,3%	10,4%	4,0%
D'accordo	41,6%	35,4%	47,6%	47,2%
In disaccordo	28,0%	32,3%	28,7%	36,8%
Assolutamente in disaccordo	10,6%	5,1%	12,8%	12,0%
non disponibile	0,0%	1,0%	0,6%	0,0%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Empowerment - Capacità di progettare il futuro**Domanda di Controllo**

Sez_2.3_32 Dia un giudizio complessivo sul suo grado di autodeterminazione, autostima- autoefficacia e di capacità di progettare il futuro:

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
1	1,3%	2,0%	7,7%	6,9%
2	1,9%	0,0%	1,9%	6,9%
3	3,9%	1,0%	5,1%	6,9%
4	3,9%	6,1%	4,5%	6,0%
5	16,1%	8,1%	15,4%	18,1%
6	25,2%	24,2%	21,8%	23,3%
7	21,9%	17,2%	19,9%	20,7%
8	15,5%	15,2%	17,9%	6,9%
9	6,5%	7,1%	3,2%	0,9%
10	3,9%	14,1%	2,6%	0,9%
Non sa dare una risposta	0,0%	5,1%	0,0%	2,6%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100%

Autonomia personale e benessere sociale**Attività cognitive**

Sez_2.4_36 Concentrarsi sul fare qualcosa per dieci minuti?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Nessuna difficoltà	51,6%	67,7%	42,7%	39,2%
Difficoltà modesta	33,5%	26,3%	39,6%	36,8%
Difficoltà grave	12,4%	2,0%	10,4%	20,0%
Estrema difficoltà o non posso fare	1,9%	4,0%	7,3%	4,0%
non disponibile	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Autonomia personale e benessere sociale**Mobilità**

Sez_2.4_34 Apprendere una nuova attività, per esempio imparare a raggiungere un nuovo posto?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Nessuna difficoltà	31,7%	44,4%	15,9%	22,4%
Difficoltà modesta	46,6%	39,4%	40,9%	30,4%
Difficoltà grave	13,0%	10,1%	25,0%	28,0%
Estrema difficoltà o non posso fare	8,1%	6,1%	18,3%	19,2%
non disponibile	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sez_2.4_37 Camminare per una lunga distanza, ad esempio un chilometro (o equivalente)?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
0				
Nessuna difficoltà	57,1%	70,7%	38,4%	40,0%
Difficoltà modesta	22,4%	16,2%	24,4%	17,6%
Difficoltà grave	7,5%	9,1%	14,0%	13,6%
Estrema difficoltà o non posso fare	12,4%	4,0%	23,2%	28,8%
non disponibile	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Autonomia personale e benessere sociale

Cura di sé

Sez_2.4_38 Lavarsi tutto il corpo?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Nessuna difficoltà	78,9%	86,9%	46,3%	40,0%
Difficoltà modesta	13,0%	10,1%	26,8%	30,4%
Difficoltà grave	3,7%	1,0%	15,9%	11,2%
Estrema difficoltà o non posso fare	3,7%	2,0%	11,0%	18,4%
non disponibile	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sez_2.4_39 Vestirsi?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Nessuna difficoltà	85,1%	89,9%	51,8%	45,6%
Difficoltà modesta	9,9%	8,1%	28,7%	30,4%
Difficoltà grave	1,9%	0,0%	12,2%	12,0%
Estrema difficoltà o non posso fare	2,5%	2,0%	7,3%	12,0%
non disponibile	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Autonomia personale e benessere sociale

Relazionarsi con le persone

Sez_2.4_40 Rapportarsi con persone che non conosci?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Nessuna difficoltà	38,5%	43,4%	48,2%	41,6%
Difficoltà modesta	42,9%	47,5%	37,8%	40,0%
Difficoltà grave	15,5%	4,0%	9,8%	13,6%
Estrema difficoltà o non posso fare	2,5%	5,1%	4,3%	4,8%
non disponibile	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Se z_2.4_41 Mantenere un rapporto di amicizia?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
0				
Nessuna difficoltà	50,9%	63,6%	48,2%	42,4%
Difficoltà modesta	34,2%	24,2%	32,3%	32,0%
Difficoltà grave	6,8%	8,1%	14,0%	19,2%
Estrema difficoltà o non posso fare	6,8%	4,0%	5,5%	6,4%
non disponibile	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Autonomia personale e benessere sociale

Attività della vita quotidiana

Sez_2.4_33 Prendersi cura delle responsabilità domestiche?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Nessuna difficoltà	47,8%	57,6%	18,9%	11,2%
Difficoltà modesta	33,5%	33,3%	39,6%	41,6%
Difficoltà grave	10,6%	6,1%	24,4%	26,4%
Estrema difficoltà o non posso fare	7,5%	3,0%	17,1%	20,0%
non disponibile	0,6%	0,0%	0,0%	0,8%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Autonomia personale e benessere sociale

Partecipazione

Sez_2.4_35 Partecipare alle attività della comunità (ad esempio feste religiose o altre attività) nello stesso modo con cui può farlo chiunque altro?

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
Nessuna difficoltà	48,4%	66,7%	30,5%	19,2%
Difficoltà modesta	35,4%	22,2%	34,1%	32,0%
Difficoltà grave	9,9%	5,1%	18,9%	30,4%
Estrema difficoltà o non posso fare non disponibile	5,6%	6,1%	16,5%	17,6%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Autonomia personale e benessere sociale

Domanda controllo

Sez_2.4_42 Dia un giudizio complessivo sul grado di autonomia personale e sulla capacità di relazionarsi con le persone:

	TRAT. EX ANTE Totale	TRAT. EX POST Totale	CONTR EX ANTE Totale	CONTR EX POST Totale
1	1,9%	1,1%	5,6%	5,8%
2	0,6%	0,0%	1,9%	0,0%
3	3,2%	2,1%	6,8%	9,2%
4	5,8%	0,0%	3,7%	6,7%
5	5,8%	9,5%	16,8%	16,7%
6	22,4%	16,8%	21,1%	25,0%
7	26,9%	17,9%	19,3%	17,5%
8	16,0%	24,2%	15,5%	10,0%
9	9,0%	8,4%	4,3%	4,2%
10	8,3%	20,0%	5,0%	2,5%
Non sa dare una risposta	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%
Totale perc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Bibliografia

- Arbesman M. e Logsdon D.W. (2011). *Occupational therapy interventions for employment and education for adults with serious mental illness: a systematic review*. American Journal of Occupational Therapy 65(3): pp. 238-46.
- Barbetta G., Martini A. (2015). *Cosa si può imparare dagli esperimenti con partial compliance: il caso dell'effetto inatteso dei tirocini sull'inserimento lavorativo dei disabili psichici*. RIV Rassegna Italiana di Valutazione, Fascicolo 62, Franco Angeli.
- Bilder S. e Mechanic D. (2003). *Navigating the Disability Process: Persons with Mental Disorders Applying for and Receiving Disability Benefit*. The Milbank Quarterly 81(1): 75–106.
- Canino P., Barbetta G.P., Cima S. e Petrolati F. (2013). *Lavoro e Psiche. Un progetto sperimentale per l'integrazione lavorativa di persone con gravi disturbi psichiatrici*. Quaderni dell'Osservatorio. Fondazione Cariplo.
- Gori C., Fernandez J.L. e Wittenberg R. (2015). *Long-term care reforms in Oecd countries*, Policy Press.
- Gori C., Ghetti V., Rusmini G. e Tidoli R. (2014). *Il welfare sociale in Italia. Realtà e prospettive*, Carocci.
- Martini A., Rettore E., Trivellato U. (2012). *Valutare gli effetti delle politiche attive del lavoro: la logica controfattuale*, in M. Cantalupi e M. Demurtas (editori), *Politiche di attivazione e performance dei servizi per l'impiego*. Bologna, Il Mulino.
- Martini A., Trivellato U. (2011). *Sono soldi ben spesi? Perché e come valutare l'efficacia delle politiche pubbliche*. Venezia, Marsilio Editori.
- McGurk S.R., Mueser K.T. and Pascaris A. (2005). *Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness*. Schizophrenia Bulletin, 898-909.
- Mo Costabella L. (2014). *Stimare gli effetti della formazione professionale rivolta ai disoccupati - Illustrazione di un'esperienza di valutazione in Piemonte*. Rassegna Italiana di Valutazione, n. 60.
- Montero A. L. (2015). *Evidence in public social services an overview from practice and applied research*. European Social Network.
- Nyamathi A.M., Christiani A., Nahid P., Gregerson P., Leake B. (2006). *A randomized controlled trial of two treatment programs for homeless adults with latent tuberculosis infection*. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 10:775-782.
- Pellegrini G., D'Amen B., Lanzoni F.M., Cucinotta L., Di Prinzio A. (2014). *L'applicazione del metodo controfattuale per la valutazione di un intervento di welfare d'emergenza: il progetto Youssam a Roma Capitale*, Rassegna Italiana di Valutazione, fasc. 59, pp. 124-147, 2014, DOI: 10.3280/RIV2014-059007.
- Rubin D.B. (1974). *Estimating causal effects of treatments in randomized and nonrandomized studies*. Journal of Educational Psychology, 66: 688-701. DOI: doi:10.1037/h0037350.
- Santarsiero S., Sisti M. (2013). *L'offerta di servizi multipli a famiglie indigenti con figli piccoli conduce all'autosufficienza economica? Progetto CAPIRe*.
- Twamley E.W., Veste D.V. and Lehman A.F. (2003). *Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders. A literature review and meta-analysis of randomized controlled trials*. The Journal of Nervous and Mental Disease 191(8): 515-23.

Indice grafici e tabelle

Grafico 1 - Età e anno di prima presa in carico.....	26
Grafico 2 - Sesso, precedenti attività riabilitative, tipologia di disagio	27
Grafico 3 - Profilo di convivenza	30
Grafico 4 - Impatto sui carichi familiari:	31
Grafico 5 - Impatto sullo stato di salute	32
Grafico 6 - Differenze nello stato di salute prima e dopo l'intervento: salute in generale	32
Grafico 7 - Differenze nello stato di salute prima e dopo l'intervento: numero di ricoveri l'ultimo anno	33
Grafico 8 - <i>Empowerment</i> / Capacità di progettare il futuro	33
Grafico 9 - <i>Empowerment</i> / Capacità di progettare: Ho un'opinione positiva di me stesso	34
Grafico 10 - Autonomia personale e benessere sociale: capacità di vestirsi	34
Grafico 11- Differenze nella capacità di vestirsi prima e dopo l'intervento.....	35
Grafico 12 - Grado generale di soddisfazione per i servizi INSPIRE (laboratori socio-occupazionali; tutoring; condomini solidali)	36
Grafico 13 - Miglioramento della vita quotidiana da quando si usufruisce dei servizi INSPIRE (laboratori socio-occupazionali; tutoring; condomini solidali).....	36
Grafico 14 - Miglioramento della vita quotidiana della famiglia da quando si usufruisce dei servizi INSPIRE (laboratori socio-occupazionali; tutoring; condomini solidali).....	37
Grafico 15 - Giudizio sull'attendibilità delle risposte fornite da parte del beneficiario dei servizi INSPIRE e/o suo familiare	37
Tabella 1 – Questionario: macrostruttura e dimensioni di analisi	16
Tabella 2 - I numeri della sperimentazione per tipologia di soggetto.....	18
Tabella 3 - Criteri di selettività per l'individuazione del gruppo in trattamento e del gruppo di controllo per tipologia servizi e tipologia di beneficiari	20
Tabella 4 - Covariate: medie per trattamento.....	26
Tabella 5 - Indici aggregati pre-trattamento	27
Tabella 6 - Effetto dell'intervento calcolato sulla base dei "giudizi complessivi" per area (su scala 1-10).....	28
Tabella 7 - Effetto dell'intervento calcolato sulla base della somma complessiva dei punteggi per domanda per area (varie scale).	29
Tabella 8 - Effetto dell'intervento calcolato sulla base dei "giudizi complessivi" per categoria (su scala da 1-10)	29
Tabella 9 - Effetto dell'intervento calcolato sulla base dei "giudizi complessivi" per categoria (su scala 1-10)	29

Note di chiusura

ⁱ Le domande della SEZIONE 2.1: *Impatto sui carichi familiari*, sono state in parte tratte dal **Questionario per i Problemi dei Familiari**, strumento sviluppato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'Istituto di Psichiatria dell'Università di Napoli. Il questionario indaga sui seguenti fattori: Fattore 1=carico oggettivo; Fattore 2=aiuto ricevuto; Fattore 3=carico soggettivo; Fattore 4=atteggiamenti positivi ; Fattore 5=criticismo e carico sui figli minori. Ai fini della presente rilevazione si è scelto di indagare soltanto il carico oggettivo, i costi indiretti e gli atteggiamenti positivi.

Link al documento:

<http://www.rsmcampobasso.it/attachments/article/76/Questionario%20per%20la%20Valutazione%20del%20Carico%20Familiare.pdf>

ⁱⁱ Le domande della SEZIONE 2.2: *Impatto sullo stato di salute*, sono state tratte dal **Questionario SF -12**, versione breve del questionario SF-36. L'SF-36 è un questionario sullo stato di salute del paziente che è caratterizzato dalla brevità (mediamente il soggetto impiega non più di 10 minuti per la sua compilazione) e dalla precisione (lo strumento è valido e riproducibile). È stato sviluppato a partire dagli anni 80 negli Stati Uniti d'America come questionario generico, multi-dimensionale, articolato attraverso 36 domande che permettono di assemblare 8 differenti scale. Il questionario SF-12 è la versione breve del questionario SF-36. Il questionario SF-12 permette di indagare, anziché le 8 scale originali, soltanto i due indici sintetici, PCS *Physical Component Summary* per lo Stato Fisico e MCS *Mental Component Summary* per lo Stato mentale. I punti di maggior forza del questionario sono la brevità e la relativa facilità d'uso. L'ISTAT ha selezionato fin dal 2000 il questionario SF-12 tra gli strumenti di tipo psicometrico sviluppati in ambito internazionale per indagare con maggiore precisione la percezione delle condizioni psicofisiche degli individui. In particolare, il questionario SF-12 è utilizzato dall'ISTAT per la rilevazione sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*. Questo il link alla documentazione della rilevazione ISTAT:

<http://www.istat.it/it/archivio/5471>

La riproduzione dei quesiti del questionario SF-12, o dei dati di riferimento per documentare o interpretare i risultati ottenuti dall'applicazione del questionario per pubblicazioni specialistiche, non necessita dell'autorizzazione, purché sia accompagnata dalla citazione della presente fonte: Giovanni Apolone, Paola Mosconi, Luciana Quattrociochi, Emilio A.L. Gianicolo, Nicola Groth, John E. Ware Jr - *Questionario sullo stato di salute SF-12*. Versione italiana aggiornata al 2005 a cura di IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri. Link <http://crc.marionegri.it/qdv/downloads/SF12%20Manuale.pdf>

ⁱⁱⁱ Le domande della SEZIONE 2.3: *Empowerment - Capacità di progettare il futuro* sono state selezionate e riadattate, rispetto alle esigenze dell'indagine, partendo dalla scala dell'*Empowerment* versione italiana (Straticò & Degli Esposti, 2002) della *Consumer Constructed Scale to Measure Empowerment among Users of Mental Health Services (SESM)* (Rogers et al., 1997). Lo strumento è globalmente considerato di facile comprensione dai destinatari e si presta senza problemi a essere somministrato per autocompilazione, individuale o collettiva (Straticò et al., 2007). La versione italiana della SESM è composta da 28 item le cui risposte si articolano su di una scala tipo Likert a 4 punti, che va da 1 (molto d'accordo) a 4 (molto in disaccordo). Con riferimento alle domande selezionate per questo questionario, nella fase di analisi dei dati, i singoli item sono raggruppati in 4 dimensioni: Autostima-autoefficacia; Capacitazione-incapacità; Attivismo nella comunità e autonomia; Ottimismo e controllo sul futuro. Inoltre è possibile ricavare un punteggio finale complessivo dell'*empowerment*.

Il questionario è somministrato al paziente affiancato da un operatore-neutro. Si consiglia la presenza di un operatore che non conosca il paziente per favorire la sua libera espressione.

Link: <http://www.rsmcampobasso.it/attachments/article/374/SESM%20COMPLETA%20corretta%20def.pdf>

^{iv} Le domande della SEZIONE 2.4: *Autonomia personale e benessere sociale*, sono in gran parte tratte da **WHODAS II**, strumento sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per la misurazione dei livelli di disabilità autopercepita, indipendentemente da una diagnosi medica. In particolare lo strumento di misurazione preso come modello è WHODAS II a 12 item. Lo studio dell'attendibilità, dell'analisi fattoriale e dell'analisi della varianza confermano, come già attestato in letteratura, le buone caratteristiche psicometriche dell'WHODAS II e, laddove esista una diagnosi di disabilità fisica, la capacità di indicare le

dimensioni cognitive correlate. Qui si propone l'utilizzo anche limitato a specifici domini di nostro interesse del DAS-II WHODAS 2.0, uno strumento di valutazione sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che può misurare la salute e la disabilità sia a livello di popolazione, sia nella pratica clinica.

WHODAS 2.0 rileva il funzionamento in sei domini (3):

- Dominio 1: Attività cognitive – comprendere e comunicare
- Dominio 2: Mobilità – muoversi e spostarsi
- Dominio 3: Cura di sé – svolgere attività come provvedere all'igiene personale, vestirsi, mangiare e provvedere alla cura di sé nel caso in cui si rimanga da soli
- Dominio 4: Relazionarsi con le persone – interagire con altre persone
- Dominio 5: Attività della vita quotidiana – occuparsi delle responsabilità domestiche, svagarsi, lavorare e andare a scuola
- Dominio 6: Partecipazione – prendere parte a iniziative della comunità e partecipare alla vita sociale.

I sei domini sono stati selezionati dopo attenta revisione degli strumenti di indagine e di ricerca esistenti e dopo uno studio di applicabilità transculturale.

Per tutti i sei domini, WHODAS 2.0 fornisce un profilo e una misura sintetica del funzionamento e della disabilità affidabili e applicabili in diversi contesti culturali e in tutte le popolazioni adulte.

Tutti i domini sono stati sviluppati a partire da un insieme di item di ICF e mappano direttamente sulla componente "Attività e partecipazione" di ICF.

I riferimenti sono stati tratti da:

https://www.reteclassificazioni.it/portal_main.php?portal_view=public_custom_page&id=97

<http://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>

<http://www.psychiatryonline.it/node/3664>

^v SEZIONE 4: *Modalità di chiusura intervento*. Con l'opzione "Esito positivo" si identificano quei casi in cui si è riusciti a stabilire con il soggetto un rapporto continuativo, rapporto che ha permesso la realizzazione dell'intervento più adeguato rispetto alle esigenze poste dal soggetto trattato.

^{vi} SEZIONE 4: *Modalità di chiusura intervento*. Con l'opzione "Abbandono" si identificano quei casi in cui gli utenti abbandonano volontariamente il piano di intervento loro destinato.



ROMA



EASI 2014 - PROGRESS AXIS
INSPIRE – Innovative Services for fragile People in Rome
Grant Agreement VS/2015/0210

TOOLKIT

Documenti utili per la trasferibilità e sostenibilità dell'esperienza INSPIRE



DIPARTIMENTO
DI ARCHITETTURA E PROGETTO



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



SOMMARIO

IL TOOLKIT INSPIRE	3
LE AZIONI DI SISTEMA E GLI STRUMENTI PER LA PRESA IN CARICO INTEGRATA	5
SISTEMA PER LA VALUTAZIONE DEL BISOGNO	5
QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DEI SERVIZI DI CURA DELLA FRAGILITA'	7
PROCEDURE DI COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA DEI SERVIZI	8
STRUMENTI INFORMATIVI PER LA POPOLAZIONE FRAGILE	9
STRUMENTI PER LA VALORIZZAZIONE DELLE RETI DI PROSSIMITA'	13
STRUMENTO INFORMATIVO PER LA CITTA' SOLIDALE-SICS	13
CRITERI DI RIUSO DEGLI SPAZI A SCOPO SOCIALE	16
LA VALUTAZIONE DELL'IMPATTO DEI SERVIZI	18
I SERVIZI INNOVATIVI SPERIMENTATI	21
LABORATORI SOCIO-OCCUPAZIONALI	21
TUTORING	23
CONDOMINI SOLIDALI	25
TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE	27

Il Toolkit INSPIRE è stato realizzato con il sostegno finanziario dell'Unione Europea - fondo EASI 2014 - PROGRESS AXIS della DG Occupazione e Inclusione Sociale.

Le opinioni espresse impegnano solo la posizione degli autori e non riflettono necessariamente la posizione della Commissione Europea.

IL TOOLKIT INSPIRE

INSPIRE, primo progetto di Roma Capitale co-finanziato dalla Commissione Europea - DG Employment, Social Affairs and Inclusion - ha sperimentato a Roma un modello di *welfare sharing* basato su 5 elementi chiave: personalizzazione degli interventi sociali, valorizzazione delle risorse dei beneficiari e delle reti di prossimità, promozione dell'impresa sociale, condivisione di risorse pubbliche e private (profit e no-profit). Nel corso dei due anni di attività, INSPIRE ha adottato un approccio e una metodologia di lavoro basati sulla co-progettazione tra il gruppo di lavoro del progetto e gli operatori dei servizi socio-sanitari territoriali, favorendo il trasferimento continuo delle competenze, la condivisione dei processi avviati e degli strumenti sperimentati.

Il Toolkit comprende i servizi e gli strumenti sperimentati nel corso della realizzazione del progetto INSPIRE elaborati con gli operatori dei servizi sociali dei 5 Municipi sperimentali (V, VII, IX, XII e XIV) e con i servizi delle ASL coinvolti.

INSPIRE, avviato il 15 settembre 2015, a supporto della **sperimentazione dei servizi innovativi**¹, ha realizzato le seguenti **azioni di sistema**: revisione del modello di valutazione dei bisogni, attivazione e Governance delle reti territoriali, strumenti informativi per la gestione dei servizi sociali, revisione delle procedure di compartecipazione, linee guida per il riuso degli spazi inutilizzati a scopo sociale, strumenti informativi per la città solidale, valutazione dei servizi erogati, valutazione dell'impatto dei servizi.

La sperimentazione realizzata- laboratori socio- occupazionali per persone con disabilità e con sofferenza mentale, **tutoring** e **condomini solidali** per anziani fragili e **tirocini** di inclusione sociale - ha permesso ai servizi socio-sanitari territoriali di contattare più di **300 beneficiari potenziali e di prendere in carico 179² persone con fragilità sociale**³.

Oggi, a conclusione della fase sperimentale, INSPIRE è in grado di trasferire al processo di pianificazione sociale, avviato da Roma Capitale, alcuni risultati:

- un modello di welfare condiviso in cui i servizi socio-sanitari pubblici hanno il ruolo di promuovere tutte le risorse territoriali strategiche per un welfare orientato allo sviluppo dell'economia sociale
- centralità del beneficiario nel sistema dei servizi socio-sanitari
- un sistema di sostegno vicino al cittadino per aumentare le opportunità di uscita dalla marginalità, offrendo servizi appropriati, in un'ottica preventiva, basati su condivisione e solidarietà
- ruolo strategico dei servizi di accoglienza -Segretariato sociale e PUA- per la rilevazione dei bisogni dei cittadini e per superare gli interventi standardizzati basati sull'offerta a favore di interventi personalizzati, orientati alla domanda del cittadino

¹ Il tema dell'innovazione sociale è al centro del dibattito socio-economico e politico di questi anni ed in letteratura sono presenti numerose definizioni di "innovazione". L'Open Book of Social Innovation della Young Foundation (Murray, Caulier-Grice e Mulgan, 2010) definisce le innovazioni sociali come "nuove idee (prodotti, servizi e modelli) che soddisfano bisogni sociali (in modo più efficace delle alternative esistenti) e che allo stesso tempo creano nuove relazioni e nuove collaborazioni. In altre parole, innovazioni che sono buone per la società e che accrescono le possibilità di azione per la società stessa". Gli elementi cruciali sono quindi la capacità di **rispondere in modo nuovo a bisogni sociali esistenti o emergenti** e di **costruire relazioni e reti**. L'innovazione può riguardare il **prodotto oppure il processo di erogazione del servizio** (o entrambi) ed è fortemente caratterizzata da un **orientamento collettivo** – sia nella progettazione che nell'erogazione – e da una prevalente direzione bottom-up.

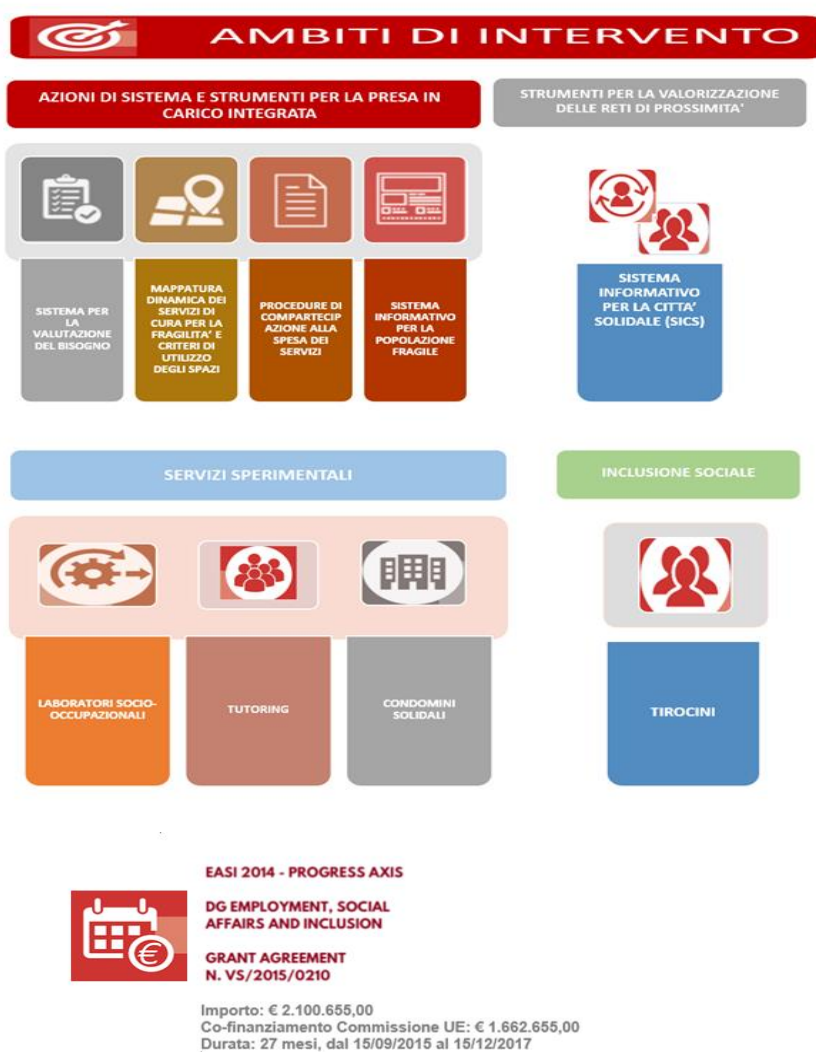
² Dei 179 beneficiari complessivamente presi in carico, 161 hanno partecipato alla valutazione controfattuale.

³ Condizione di un individuo caratterizzata da: 1) mancanza e/o la forte riduzione delle reti familiari e sociali; 2) non-autosufficienza (parziale o totale), cioè la condizione per cui un individuo non è in grado di vivere in modo autonomo, tanto per problematiche di ordine psico-fisico, quanto di tipo socio-economico. A questi due elementi centrali possono essere associati uno o più dei seguenti fattori, anche in dipendenza dalla fase del ciclo vitale che l'individuo sta attraversando, che concorrono a identificare un rischio – più o meno elevato di fragilità sociale: alta necessità di assistenza; età molto avanzata (ultraottantenni), associata a condizione di reale solitudine; - basso reddito; mancanza di lavoro; alta numerosità della famiglia; presenza di patologie gravi permanenti o temporanee; difficoltà di accesso ai servizi; senso di insicurezza e instabilità.

- presa in carico integrata, multidisciplinare e condivisa tra i servizi sociali municipali, i servizi socio-sanitari della ASL, del Terzo settore e del volontariato
- centralità del lavoro nel percorso di inclusione sociale e dell'impresa sociale per l'inclusione socio-lavorativa di persone fragili
- strumenti informativi, piattaforme inter-operabili, infrastrutture informativa che permettano la condivisione, tra i diversi attori della presa in carico integrata, dei dati sul cittadino, i suoi bisogni e sulle opportunità offerte dal territorio
- strumenti e metodi per il monitoraggio e la valutazione degli interventi: progetto individualizzato con schede e dati per il monitoraggio continuo dei progetti, questionari di autovalutazione e di valutazione da parte di beneficiari e operatori responsabili
- valorizzazione delle reti di volontariato e di prossimità nell'erogazione di servizi per la fragilità sociale volti all'inclusione sociale delle persone più fragili e strumenti per il coordinamento delle reti: SiCS- Strumento Informativo per la Città Solidale.

Il Toolkit è composto da documenti utili per la trasferibilità e sostenibilità dell'esperienza INSPIRE⁴:

- Strumenti per la presa in carico integrata
- Strumenti per la valorizzazione delle reti di prossimità
- Schede dei servizi innovativi sperimentati



⁴ Tutti i documenti relativi al progetto INSPIRE potranno essere consultati al seguente link: http://www.comune.roma.it/pcr/it/dip_pr_srv_soc_sal_enspire.page

SISTEMA PER LA VALUTAZIONE DEL BISOGNO

Nel sistema attuale dei servizi sociali capitolini non c'è – né a livello cittadino né municipale – un sistema unico e strumenti condivisi per registrare e valutare in modo globale i bisogni di assistenza.

Nel corso del progetto INSPIRE è stato definito un processo di valutazione del bisogno basato sull'assessment completo della situazione delle persone che accedono al Servizio Sociale con l'obiettivo di raccogliere tutte le informazioni necessarie alla definizione di un piano di intervento articolato per affrontare in modo integrato e coerente i diversi aspetti problematici della vita del soggetto.

Il sistema proposto

Il sistema proposto prevede una valutazione multidimensionale organizzata su 5 dimensioni: Vita di relazione/socializzazione e sostegno educativo, Integrazione socio-lavorativa, Autonomia personale, Autonomia sociale, Fragilità del nucleo familiare del destinatario.

Il nuovo sistema e gli strumenti predisposti tengono conto degli indispensabili collegamenti informativi con le banche dati nazionali e regionali attualmente in uso: Casellario dell'assistenza (Inps- Decreto Direttoriale n. 103 del 15/09/2016), SIAT (Regione Lazio), ecc. attraverso un'analisi dettagliata delle informazioni e dei dati che Roma Capitale deve periodicamente trasmettere all'INPS. Il sistema quindi dal punto di vista dei contenuti e dei flussi informativi è stato realizzato in termini di interoperabilità, caratteristica indispensabile per rendere possibile e favorire la collaborazione e l'integrazione tra diversi servizi (Sociale, Sanità, Lavoro, Cultura). La valutazione globale effettuata dal Servizio Sociale Municipale costituisce inoltre la base per l'approfondimento e la presa in carico integrata da parte di equipe multidisciplinari: (ASL, Scuola, Lavoro, etc.).

Il processo di valutazione del bisogno è articolato in due 2 fasi: accoglienza e assessment, accompagnate dalle relative schede. A conclusione della fase di valutazione del bisogno, il sistema prevede la compilazione della scheda di Progetto Personalizzato in cui, a partire dai bisogni e gli obiettivi individuati, l'operatore o l'equipe multi-professionale responsabile del caso, definisce gli interventi più appropriati inserendo: operatori coinvolti, orari, durata e costo di ciascun intervento. La scheda del Progetto Personalizzato gestita all'interno del strumento informativo Inspire, permette agli operatori dei diversi servizi coinvolti nella presa in carico, di monitorare periodicamente lo stato di avanzamento del progetto tenendo sotto controllo anche i costi sostenuti.

Accoglienza

La prima fase riguarda l'accesso alla rete dei servizi, affidato al Segretariato sociale Municipale o al PUA, e ha l'obiettivo di raccogliere la domanda del cittadino che arriva allo sportello e orientarla, in base al bisogno espresso, verso i diversi servizi richiesti o verso l'accesso al Servizio Sociale professionale.

La scheda predisposta accompagna l'accoglienza attraverso un contatto front-spesso direttamente allo sportello- e un colloquio di accoglienza. La scheda di contatto (front) consente la raccolta della domanda espressa dal cittadino e di alcune informazioni generali su richiedente stesso (ad es. età, genere, cittadinanza, ecc.) La scheda di colloquio di accoglienza viene utilizzata per un primo approfondimento, nel caso in cui cittadino e operatore del servizio concordino sulla necessità di proseguire il percorso di accesso al servizio sociale; in questo caso il colloquio di accoglienza è orientato a raccogliere ulteriori informazioni di cornice, in modo più dettagliato sia dal punto di vista anagrafico che in relazione alla condizione personale e familiare e al bisogno sociale del cittadino. Se cittadino e operatore del Segretariato Sociale concordano sulla necessità di una presa in carico da parte dei servizi sociali, il cittadino accede al livello successivo di valutazione (Assessment).

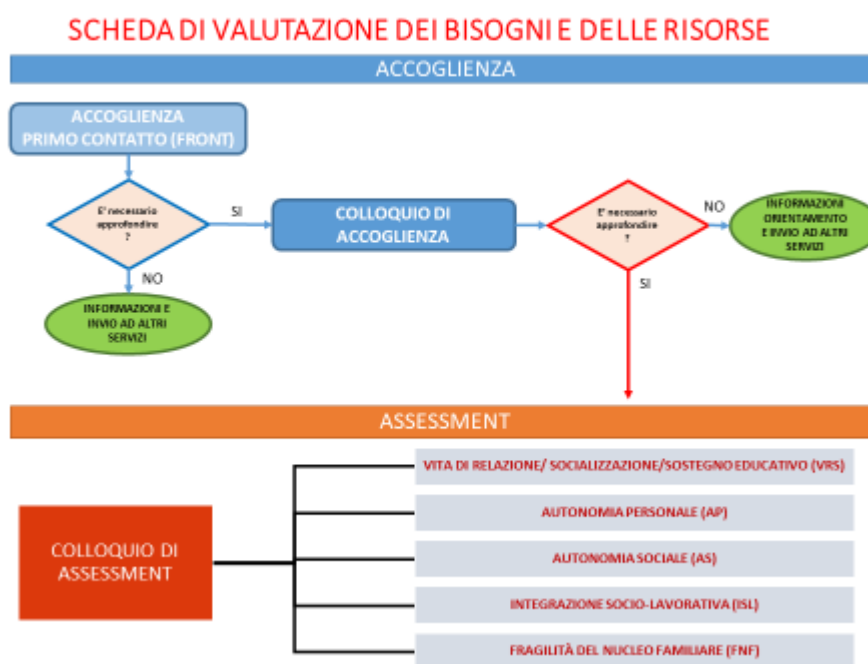
L'esito di questa fase è dunque un'alternativa tra: informazione, orientamento ed invio ad altri servizi oppure accesso al livello successivo della valutazione presso il servizio sociale professionale.

Assessment

Questa fase prevede la valutazione del bisogno da parte dell'assistente sociale del Servizio Sociale Municipale, attraverso uno o più colloqui approfonditi volti ad analizzare i diversi aspetti della vita del soggetto. Il Sistema prevede un set di domande di base, volte a definire tipologia e livello di fragilità, valido per tutte le tipologie di destinatari e specifici percorsi di approfondimento per ciascuna area, in base alle risposte fornite dal cittadino ad alcune domande chiave.

L'assistente sociale può quindi usufruire di una funzionalità del sistema che lo guida in automatico nell'esecuzione dell'approfondimento per le aree in cui si rileva un bisogno specifico, con l'obiettivo di costruire un piano di intervento e concordare un progetto di intervento personalizzato non solo coerenti ed appropriati ai bisogni e alle risorse del destinatario stesso, ma anche sostenibili sia per il sistema dei servizi che per il soggetto e il suo nucleo familiare. L'esito di questa fase è la presa in carico e la definizione di un progetto e contratto individualizzato.

L'Assessment ha un focus individuale sul singolo destinatario, ma – in risposta alla sempre più frequente multi-problematicità delle famiglie e alle crescenti esigenze di presa in carico degli interi nuclei familiari – la scheda propone un'area di **bisogno relativa al nucleo**. Nel momento in cui l'operatore ritiene necessario erogare un servizio anche ad un altro componente del nucleo familiare del destinatario, sarà necessario aprire un'altra scheda individuale. Le schede appartenenti a membri dello stesso nucleo familiare sono **collegate tra loro tramite un ID nucleo**.



Aree di valutazione proposte

Vita di relazione/socializzazione/sostegno educativo (VRS) – comprende l'integrazione relazionale, la capacità di stabilire e mantenere relazioni significative, il bisogno di supporto educativo

Integrazione socio-lavorativa (ISL) – definisce il bisogno relativo alla sfera lavorativa, in termini di occupazione ma anche di acquisizione/aggiornamento delle competenze per l'inclusione socio-lavorativa. Questa area riguarda la povertà e ha punti di contatto forti con quanto

Autonomia personale (AP) – include gli aspetti di autonomia/autosufficienza, mobilità, cura della persona e della casa, salute. E' questa l'area che riguarda maggiormente Anziani e disabili e che ha punti di contatto forti con SINA (Casellario dell'Assistenza INPS).

Autonomia sociale (AS) – si riferisce alla possibilità di essere indipendente e autonomo dal punto di vista economico e abitativo, ma anche giuridico. Questa area riguarda la povertà ed inclusione sociale e ha quindi punti di contatto forti con quanto previsto dalla Scheda valutazione SIA (SIP Casellario dell'assistenza INPS).

Fragilità del nucleo familiare del destinatario (FNF)– riguarda il fatto che anche altri membri del nucleo familiare del destinatario – o il nucleo nel suo complesso – evidenziano un bisogno sociale e/o particolari condizioni di salute. Questa area riguarda la povertà ed inclusione sociale e ha quindi punti di contatto forti con quanto previsto dalla Scheda valutazione SIA (SINBA Casellario dell'assistenza INPS).

Stato di attuazione e possibili sviluppi

Tutti gli strumenti per la presa in carico integrata sono stati testati dai segretariati sociali e dai servizi sociali professionali dei Municipi coinvolti nella sperimentazione. Le schede informatizzate (vedi Allegato 1) sono attualmente accessibili dal seguente indirizzo: <https://inspire.clesius.it/comroma-inspire/>

QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DEI SERVIZI DI CURA DELLA FRAGILITA'

Contesto di riferimento

La rilevazione dei servizi e delle opportunità offerte dal territorio è fondamentale per la programmazione dei servizi e per la definizione dei progetti individuali. Nel corso della sperimentazione, Inspire ha avviato una *mappatura dinamica* dei servizi e degli organismi presenti in ciascun Municipio attraverso un questionario on-line destinato a tutti gli organismi del terzo settore e del volontariato che offrono servizi per la cura della fragilità sociale, sia a titolo gratuito (associazioni di volontariato) che in convenzione o anche con la (com)partecipazione del beneficiario. Il questionario è organizzato in tre semplici sezioni:

- Una sezione anagrafica, con i dati e i recapiti dell'organismo e l'individuazione delle aree territoriali in cui opera
- Una sezione destinata all'individuazione dei servizi offerti a titolo volontario
- Una sezione destinata ai servizi offerti in convenzione o a pagamento

Stato di attuazione e possibili sviluppi

Il questionario è stato modificato con l'obiettivo di renderlo più semplice e compilabile anche dalle piccole associazioni che operano nei territori Municipali. A regime, la compilazione dovrebbe avvenire direttamente all'interno del datawarehouse di enti previsto nel strumento informativo, previa registrazione e assegnazione di credenziali.

Gli organismi del terzo settore, ed in particolare le associazioni di volontariato – per loro stessa natura – sono molto flessibili e soggetti a cambiamenti nel corso del tempo (ad esempio nella capacità operativa e nella tipologia di servizi offerti). I risultati della sperimentazione suggeriscono di prevedere aggiornamenti periodici dei dati inseriti da ciascun organismo (ad esempio a cadenza annuale), a carico dell'organismo stesso. Si potrebbe prevedere una modalità per cui tutti i dati non aggiornati o semplicemente non confermati entro una certa data ogni anno, vengono automaticamente esclusi dal sistema. Ciò garantisce l'aggiornamento costante delle informazioni relative agli enti inseriti nel datawarehouse.

Contesto di riferimento

Il progetto **INSPIRE** ha sviluppato delle **proposte d'innovazione** sul tema delle politiche equitative e di selettività, riassunte in apposito **report**, cercando di rispondere alle seguenti **domande**:

- **Quale parametro deve essere utilizzato per valutare la condizione economica degli utenti?**
- **Come vanno costruiti i sistemi di compartecipazione alla spesa dei servizi?**

Rispetto alla prima questione è ormai assodato che un ruolo determinante sarà sempre più assunto dall'ISEE, il parametro di riferimento da utilizzare per attribuire agevolazioni nell'accesso e/o nella fruizione agevolata di servizi e benefici.

In ogni caso, è necessario chiarire un presupposto: **l'ISEE è "soltanto" un parametro per qualificare la situazione economica dei nuclei, ma il suo reale effetto dipende soprattutto dal sistema contributivo e da eventuali soglie alle quali è correlato.** Un'altra scelta determinante riguarda la possibile partecipazione dell'ISEE alla definizione delle condizioni di bisogno e all'attribuzione di punteggi rilevanti per l'accesso ai servizi di diversa intensità assistenziale.

Al riguardo, nell'ambito del progetto **INSPIRE**, è stata definita anche una **proposta di revisione del sistema di contribuzione al servizio SAISA di Roma Capitale**, con lo scopo di riallineare la soglia di esenzione dal pagamento ai nuovi livelli di ISEE e rimodulare le percentuali di compartecipazione, cercando di tenere conto dell'esigenza di accessibilità da parte dell'utenza più bisognosa.

Interventi nei sistemi di compartecipazione: raccomandazioni

Rispetto alle più generali **azioni di sistema** da implementare sul tema della compartecipazione ai servizi, si ritengono rilevanti le seguenti:

- in primo luogo, a seguito di una ricognizione e/o aggiornamento degli ambiti e delle modalità di applicazione dell'ISEE nei vari Dipartimenti dell'Amministrazione, occorre **definire delle "connessioni" tra i vari uffici.**
- Su questa base, potranno rivalutarsi gli impatti organizzativi, per definire **azioni concertate tra i vari Dipartimenti sul versante della comunicazione**, della **formazione** e anche della **regolazione**. **L'ISEE va considerato come parte di un processo complesso, che parte dalla valutazione del bisogno**, i cui criteri devono essere coerenti con il sistema di contribuzione alla spesa.
- **La revisione dei criteri** di accesso, delle soglie e del sistema di compartecipazione deve derivare da accurate analisi d'impatto sull'utenza, ma, soprattutto, deve **tradurre gli obiettivi "equitativi" definiti a livello politico**. Sul versante prettamente quantitativo, si indicano nel seguito alcune **fasi rilevanti di un percorso di analisi finalizzato a un'innovazione "coerente" dei sistemi di contribuzione alla spesa**:
 - *Quantificazione della platea dei beneficiari/utenti*, che saranno interessati dai nuovi sistemi contributivi.
 - *Definizione del costo dei servizi*, presupposto rilevante per la definizione del sistema contributivo e dei relativi obiettivi.
 - *Qualificazione degli obiettivi, equitativi e anche di gettito*. Ad esempio, una linea comune potrebbe essere quella di individuare una percentuale di copertura del costo del servizio. In questo modo si renderà più trasparente al cittadino il rapporto costo/compartecipazione.
 - Su queste basi definire gli *aspetti più di dettaglio*, concernenti: l'eventuale concorso dell'ISEE alla valutazione del bisogno, le soglie di esenzione e accesso, le curve contributive, gli scaglioni, le fasce di bisogno, l'eventuale graduazione come % di copertura al costo dei servizi ecc.
- Infine, occorre **valorizzare le opportunità legate a un uso intelligente dei sistemi informativi, interni ed esterni** all'Amministrazione andando verso una cooperazione applicativa tra i vari attori.

Nel box seguente sono infine riepilogate alcune leve tecniche per un intervento sui sistemi contributivi

Box - Meccanismi tecnici d'intervento sui sistemi contributivi

In via preliminare, si possono individuare due linee di intervento, che possono essere integrate per costruire un impianto che possa regolare l'accesso e/o l'eventuale compartecipazione al costo dei servizi.

- ✓ **Il sistema delle soglie.** Riguarda l'utilizzo di valori monetari al di sopra o al di sotto dei quali si può verificare un cambio di status del beneficiario (ad es.: esente, pagante una quota ridotta, pagante la quota intera) e quindi della fruizione del servizio. Possono individuarsi principalmente tre tipi di soglie, utilizzabili anche in combinazione: di esenzione, di massimo concorso e di accesso/esclusione.
 - ✓ **Scaglioni di ISEE e quote assolute.** Si tratta di impostare una relazione più stretta tra il valore ISEE dell'assistito e la compartecipazione a lui richiesta calibrando la quota a carico del cittadino coerentemente con la sua disponibilità economica. Ai fini equitativi, è importante che il sistema permetta di gestire il grado di progressività. Ciò può essere ottenuto impostando una relazione tra il valore ISEE dell'assistito, eventualmente ricondotto a opportuni scaglioni, e la quota percentuale di costo del servizio da versare a titolo di compartecipazione. Inoltre, è possibile considerare diverse relazioni ISEE/compartecipazione con riguardo al livello del costo del servizio, in modo che, ad es., all'aumentare di quest'ultimo la compartecipazione non diventi troppo onerosa.
-

STRUMENTI INFORMATIVI PER LA POPOLAZIONE FRAGILE

Quadro di riferimento dei sistemi informativi nelle politiche sociali

A Roma Capitale **ad oggi ancora non esiste un unico sistema informativo sociale condiviso dai 15 Municipi** che permetta l'analisi, il monitoraggio e la valutazione delle politiche sociali capitoline, presupposto per qualsiasi intervento di programmazione e/o di riforma. Infatti, attualmente **coesistono sistemi e archivi amministrativi** diversi che non sempre riescono a dialogare tra di loro.

Pertanto, il disegno delle funzionalità degli strumenti informativi INSPIRE ha considerato il **quadro d'insieme** dei sistemi e database esistenti e/o in corso di implementazione a diversi livelli di governo. A livello nazionale è in via di consolidamento il **Casellario dell'Assistenza**, banca dati per la raccolta delle informazioni sulle prestazioni sociali erogate a livello nazionale, regionale e locale, che dovrà essere alimentata con flussi provenienti anche dai comuni, secondo una tassonomia e tracciati record predefiniti. Il Casellario si compone di varie banche dati, concernenti le prestazioni sociali agevolate collegate all'Isee, le prestazioni sociali non legate all'Isee e le valutazioni multidimensionali, a sua volta distinte in tre sezioni corrispondenti a tre aree d'utenza (SINA, SINBA e SIN).

Inoltre, la **legge regionale del Lazio n. 11/2016** sul "Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio" e la successiva programmazione sociale prevedono la nascita dell'Osservatorio regionale dei servizi sociali, la costituzione dell'anagrafe elettronica dei servizi e del strumento informativo dei servizi sociali della Regione (Siss).

Impostazione del sistema

Data questa premessa, **INSPIRE ha previsto tra i suoi output**, lo sviluppo di **uno strumento informativo-gestionale per sostenere** il modello innovativo di erogazione dei servizi sociali, rispetto alle fasi di **primo accesso, valutazione e presa in carico**.

Da un punto di vista operativo, si è prima definito il modello, i processi e i relativi strumenti metodologici, testandoli nei Municipi sperimentali.

Lo **strumento informativo è costituito da un'applicazione di front-office**, fruibile via web ma trasferibile nell'Intranet comunale, attraverso la quale gli operatori dei servizi sociali di Roma Capitale (Dipartimento Politiche sociali e Municipi) potranno inserire i dati relativi ai beneficiari per tracciare la valutazione globale del bisogno del cittadino che richiede i servizi. In concreto, lo strumento informativo fornisce un supporto sperimentale per le seguenti fasi:

- **Primo contatto con il beneficiario**, mediante la "*Scheda di primo contatto*", a cura del Segretariato Sociale, che conduce alla definizione delle aree di bisogno prevalenti secondo una tassonomia comune.

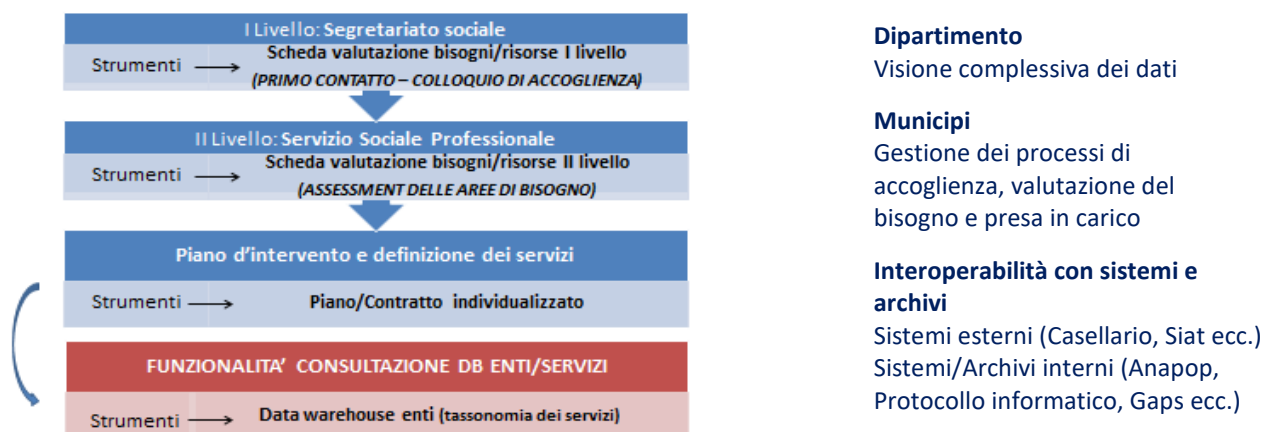
- **Valutazione del bisogno**, mediante la “scheda di colloquio di accoglienza”, da parte del Servizio Sociale Professionale. Lo strumento, articolato in **cinque aree di bisogno**, consente di rilevare approfondimenti su: condizione personale, stato di salute, relazioni familiari, livello di autonomia e socializzazione ecc.
- **Definizione del piano/contratto personalizzato**, che tiene conto della valutazione del bisogno globale della persona e del nucleo familiare. In questo modo potrà elaborarsi un progetto individuale, considerando i servizi pubblici e privati necessari a sostenere il soggetto fragile e il suo nucleo familiare.
- **Sezione sul monitoraggio dei tirocini**: in caso di attivazione di un tirocinio di inclusione sociale, si potrà avere lo strumento di monitoraggio e valutazione dei progressi del beneficiario, nonché la possibilità di stendere la relazione delle attività svolte e l’attestazione delle competenze acquisite.

L’informatizzazione dei dati raccolti agevolerà il trattamento dei vari casi e permetterà la condivisione delle informazioni tra i diversi livelli di contatto tra il cittadino e l’Amministrazione.

Inoltre, il sistema prevede una sezione dedicata all’offerta dei servizi sociali nel territorio cittadino, un **datawarehouse**, che si configura come un’anagrafe delle strutture e degli enti che offrono servizi sociali nel territorio, nonché della tipologia di servizi che questi offrono, classificati secondo una tassonomia comune.

In sintesi, con il sistema INSPIRE, gli operatori potranno effettuare un rapido orientamento ed accompagnamento del cittadino beneficiario dei servizi sociali verso la struttura più appropriata e vicina e/o e predisporre un progetto individualizzato basato sulle risorse territoriali.

Strumenti informativi INSPIRE – Modello di funzionamento



Stato di attuazione e possibili sviluppi

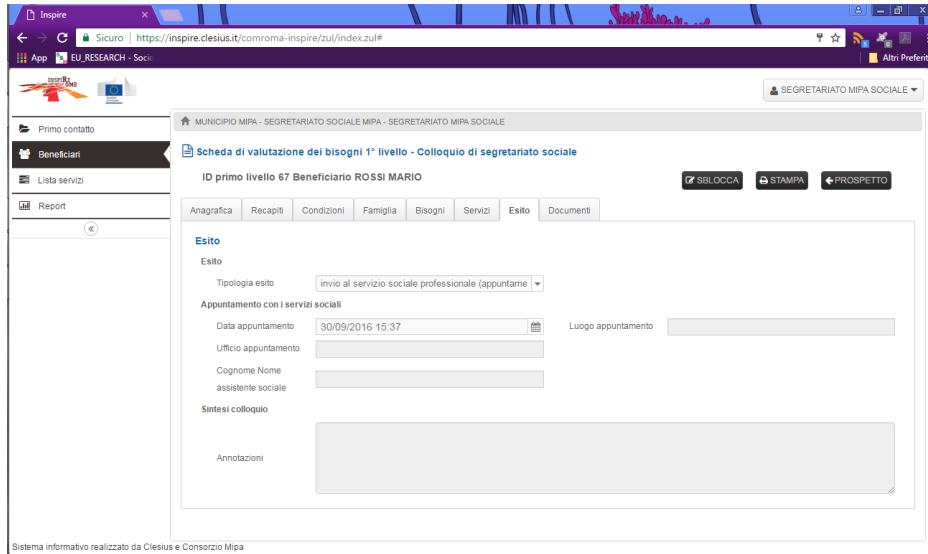
La progettazione del sistema è stata realizzata sulla base del “Documento di analisi per la definizione delle funzioni” validato nel maggio 2016 e una prima versione è stata sviluppata nel mese di settembre 2016, tenendo conto del modello procedurale individuato e degli strumenti predisposti (schede di prima accoglienza, di valutazione del bisogno e schema di piano/contratto personalizzato), a seguito dell’interazione tra Partner, rappresentanti del Dipartimento e operatori dei Municipi. Successivamente sono state realizzate ulteriori modifiche per tenere conto dei nuovi tracciati record rilevanti per la trasmissione dei flussi al Casellario dell’assistenza (Inps-Direttore n. 103 del 15/09/2016).

Dopo un’accurata fase di test (ultimo trimestre 2016), e avendo predisposto le linee-guida per l’utilizzo del sistema, è stata avviata la presentazione nei Municipi mediante interventi di informazione e formazione, spesso personalizzati e realizzati in loco. Infatti, lo stato dell’arte nei Municipi può così sintetizzarsi:

- a livello organizzativo si riscontrano diversi gradi di attuazione del P.U.A. (Punto Unico di Accesso socio-sanitario) e ciò si riflette nel modello procedurale;
- gli strumenti di rilevazione e di registrazione/archiviazione delle informazioni sono differenziati (in particolare per la fase di primo contatto nel Segretariato sociale) e non dialoganti tra di loro e verso il livello dipartimentale;
- esistono quindi sovrapposizioni, inefficienze di processo e una disomogenea qualità del dato, fattori che non consentono di avere uno strumento informativo “per testa”.

Nel seguito, a titolo esemplificativo, si riportano alcune schermate del sistema.

Scheda di accoglienza - Sezione esito



Scheda di valutazione del bisogno – Area Vita di relazione/socializzazione/sostegno educativo

MUNICIPIO MIPA - UFFICIO SERVIZI SOCIALI MIPA - UTENTE MIPA SERVIZIO SOCIALE

Scheda di valutazione dei bisogni - 2° livello

ID secondo livello 68 Beneficiario CANZONETTI ALESSIO

Anagrafica Area AP Area VRS Area ISL Area AS Area FNF Servizi Esito

Area Vita di Relazione/Socializzazione/Sostegno educativo

Problematiche

problematiche legate alla salute mentale: sospetto (specificare)

problematiche legate all'uso/abuso di alcol e/o sostanze stupefacenti: non rilevato (specificare)

problematiche legate ad altre dipendenze: non rilevato (specificare)

Presenza di problematiche giudiziarie a carico del destinatario: non rilevato

Destinatario minorenni

diagnosi evolutivo: sospetto (trascuratezza)

tendenza all'assenteismo scolastico: evidente

Presenza di altre persone nella sfera di vita e relazionale (oltre al nucleo familiare)

assistente familiare: non presente (altri parenti: presente)

volontari: non presente (vicini: parzialmente presente)

amici: presente (altro: non presente)

Il destinatario svolge ordinariamente attività di socializzazione esterne al nucleo familiare: frequenta occasionalmente il bar sotto casa (specifica)

Indicare quante occasioni di incontro, nell'ultimo mese all'interno del proprio ambiente familiare, ha avuto il destinatario con persone e parenti diversi dal nucleo: 3

Indicare quante occasioni di incontro, nell'ultimo mese fuori dal proprio ambiente familiare ha avuto il destinatario con persone estranee al nucleo: 4

Risorse

Stabilità relazionale: basso (Presenza di una rete di supporto valida: medio)

SCHERMATA SEZIONE OFFERTA SERVIZI (DATAWAREHOUSE ENTI)

Lista servizi

CRITERI DI RICERCA

Ente: Tutti Classe di utenza: Tutti

Area: Tutti Servizio: Tutti

Servizi Roma Capitale: Inspire - Tirocini inclusione sociale Sede operativa:

RISULTATI RICERCA

Sede operativa	Area	Servizio	Classe di utenza	Info	Carica
Tirocini per l'inclusione sociale Via Palmiro Togliatti 983, 00171	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo	Supporto all'inserimento lavorativo	Multutenza		
Tirocini per l'inclusione sociale Via Ignazio Silone 100, 00143	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo	Supporto all'inserimento lavorativo	Multutenza		
Tirocini per l'inclusione sociale Via Fabiola 14, 00152	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo	Supporto all'inserimento lavorativo	Multutenza		
Tirocini per l'inclusione sociale Piazza S. Maria della Pietà 5, 00135	Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo	Supporto all'inserimento lavorativo	Multutenza		

[+ NUOVO SERVIZIO](#)

CONTRATTO PERSONALIZZATO - SCHERMATA SERVIZI OFFERTI (TIROCINIO INCLUSIONE SOCIALE)

Scheda Contratto personalizzato
 ID contratto personalizzato 1194 Beneficiario SANDRI SIMONETTA

Servizi offerti

Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo - Sostegno socio-educativo domiciliare - Multitenza
 Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo - Supporto all'inserimento lavorativo - Multitenza

Ente: MUNICIPIO V Servizio: Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserim
 Sede operativa: Tirocini per l'inclusione sociale, Via Palmiro Togliatti 983 00171
 Figure professionali coinvolte: RESPONSABILE CASE FAMIGLIA

Totale mensile: 140 ore e 0 minuti
 Durata del servizio in mesi: 2,00 Costo orario: € 0,00
 Totale costo servizio: € 1.170,00 Compartecipazione beneficiario: € 0,00
 Costo a carico di Roma Capitale: € 0,00 Stato servizio: in esercizio

Articolazione temporale del servizio su base settimanale

Giorno	Orario inizio	Orario fine
Nessuna pianificazione settimanale		

CONTRATTO PERSONALIZZATO - SCHERMATA MONITORAGGIO TIROCINIO – SEZIONE DATI TIROCINIO

Scheda Contratto personalizzato
 ID contratto personalizzato 1194 Beneficiario SANDRI SIMONETTA

Scheda di monitoraggio tirocinio

TIROCINIO 0

Scheda tirocinio

Dati tirocinio Soggetti coinvolti MONITORAGGIO 0 Relazione finale Competenze acquisite

Tirocinio

Spese di tirocinio: tirocinio di inserimento o trasferimento per soggetti di cui all'art. 1, comma 2, finalizzati alla r
 data inizio: 05/10/2017 data fine: 15/12/2017
 oggetto: AIUTO ALLA PERSONA CON DISABILITA' sede: COMUNITA' CAPODARCO DI ROMA ONLUS VIA LUNGRO
 Titoli: cognome: nome:

CONTRATTO PERSONALIZZATO - SCHERMATA MONITORAGGIO TIROCINIO – SEZIONE SOGGETTI COINVOLTI

Scheda Contratto personalizzato
 ID contratto personalizzato 1194 Beneficiario SANDRI SIMONETTA

Scheda di monitoraggio tirocinio

TIROCINIO 0

Scheda tirocinio

Dati tirocinio Soggetti coinvolti MONITORAGGIO 0 Relazione finale Competenze acquisite

Soggetti coinvolti

Soggetto/azienda ospitante
 denominazione/ragione sociale: COMUNITA' CAPODARCO ROMA partita iva
 indirizzo: VIA LUNGRO,3 n. civico
 CAP: 00100

Soggetto promotore
 denominazione-ufficio: CENTRO ORIENTAMENTO AL LAVORO partita iva
 indirizzo: VIA DEI CERCHI n. civico
 CAP: 00100

Servizio pubblico
 denominazione-ufficio: COMUNE DI ROMA DIP. V^A partita iva
 indirizzo: V.LE MANZONI, 30 n. civico
 CAP: 00100

Impostazione del sistema

Tra gli output del progetto INSPIRE era prevista la sperimentazione di un nuovo servizio, i **Condomini Solidali**. A supporto di questo servizio, per favorire la gestione e la valorizzazione delle di reti di prossimità, è stato progettato e realizzato uno **Strumento informativo basato su una Social Network Architecture – SNA-**, denominata **SICS -Strumento informativo per la Città Solidale-**, per permettere all'operatore di comunità di gestire la rete di prossimità e favorire l'incontro tra i bisogni del singolo cittadino con la risorsa più idonea e vicina a lui. Il sistema inoltre permette di identificare nuovi bisogni attraverso l'analisi dei dati storici dei servizi erogati al fine di individuare/programmare nuove risposte alle nascenti necessità. L'obiettivo del SICS è quindi di permettere, attraverso lo scambio comunicativo on line, da un lato all'operatore di comunità di avere informazioni sulle urgenze e il coordinamento delle attività in tempo reale, controllando i compiti e gli impegni assegnati, ma anche di permettere alle diverse risorse della rete di comunicare tra loro velocemente circa la situazione del cittadino.

SICS - Modello di funzionamento

Da un punto di vista operativo, prima di tutto sono stati definiti i processi, i requisiti necessari ed i relativi strumenti tecnologici da implementare.

Lo strumento informativo è costituito da 4 componenti software:

- **N.1 Applicazione Web SICS-Inspire:** portale web che rappresenta il lato back-end del SICS ed è ad uso esclusivo dell'operatore di condominio. Per poter accedere al portale è necessario collegarsi al sito internet <http://test.tsc.it/sics/web/>. Tramite il portale l'operatore può gestire una serie di funzionalità che si ripercuoteranno sulle App. In particolare sarà possibile creare le anagrafiche riguardanti gli assistiti e le risorse, sia formali che informali, che fanno parte della rete di prossimità; l'operatore avrà poi la possibilità di monitorare le richieste effettuate dagli assistiti, verificando che nessuna rimanga insoluta, potendo anche pianificare egli stesso delle attività; infine, in merito all'interoperabilità, è stata inserita la funzione "import", in modo tale da poter inserire i dati, già presenti nel Strumento informativo INSPIRE, riguardanti gli assistiti.
- **N.1 App SICS-Inspire – Assistiti:** l'assistito, tramite quest'app, usufruisce di varie funzionalità come ad esempio l'invio di richiesta di un servizio specifico, indicando data e ora in cui si desidera che venga

erogato; la possibilità di monitorare gli appuntamenti concordati con una o più risorse, dove per ogni appuntamento è visualizzato il tipo di servizio richiesto, nome e cognome di chi erogherà il servizio e data e ora dell'appuntamento; visualizzare le comunicazioni inserite dall'operatore e riguardanti ad esempio iniziative presenti nel municipio di residenza.

- **N.1 App SICS-Inspire Oc – Operatori Comunità Sociale e Volontari:** quest'app è dedicata principalmente alle risorse che fanno parte della rete di prossimità, mediante la quale la risorsa può monitorare le richieste inviate da un assistito e che sono in attesa di essere accettate, dove per ogni richiesta vengono mostrati il tipo di servizio richiesto, il nome dell'assistito che ha effettuato la richiesta, data e ora nei quali dovrebbe essere erogato il servizio; può visualizzare gli appuntamenti presi con uno o più assistiti per l'erogazione di uno o più servizi.
- **N.1 App SICS-Inspire Msg – App Social:** l'ultima App che compone il sistema SICS è quella di messaggistica, la quale permette agli assistiti, all'operatore di comunità e alle risorse di poter facilmente e rapidamente comunicare tra loro, tramite la creazione di gruppi di conversazione. Quest'app può essere automaticamente avviata tramite le altre due, grazie alla *Chat* presente in esse. La sua particolarità risiede nel fatto che i messaggi scambiati sono crittografati in modo tale che solo i due soggetti coinvolti (più persone nel caso dei gruppi) possano decifrare i messaggi inviati; inoltre tra le impostazioni è possibile scegliere la durata del messaggio, oltre la quale questo viene cancellato automaticamente.

Come device di collegamento per le tre App si è deciso di adoperare i dispositivi mobili (Smartphone) che saranno utilizzati per tutte le figure/ruoli coinvolti nella operatività dei servizi erogati e richiesti. Il front-end del sistema è stato realizzato su piattaforma mobile Android.

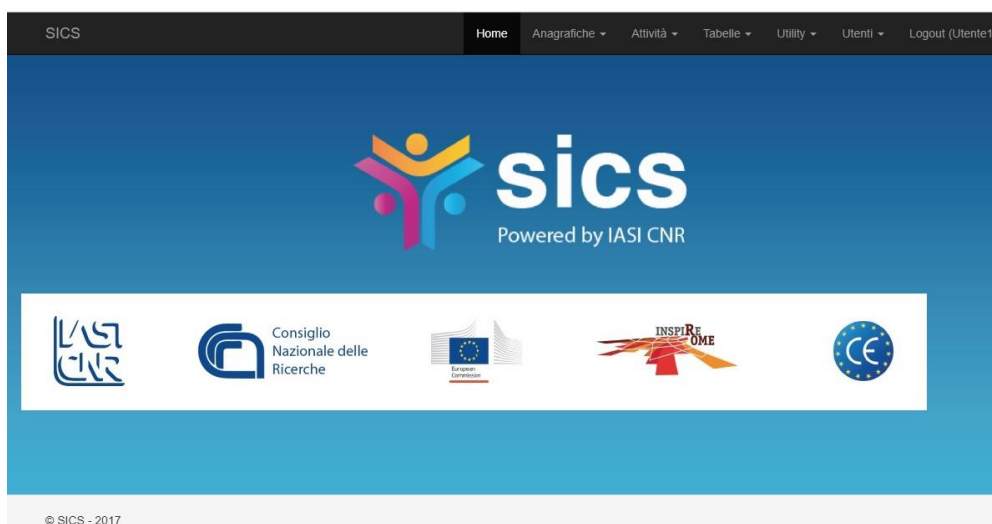
Stato di attuazione e possibili sviluppi

Lo strumento è stato attualmente testato con le due cooperative impegnate nella sperimentazione dei Condomini Solidali, ossia la Comunità Capodarco e il Grande Carro. In particolare sono stati creati account relativi alle risorse e agli assistiti e testate tutte le funzionalità delle App e del portale web. Durante il collaudo sono emerse alcune modifiche che sono attualmente in corso d'opera.

Nell'ambito del progetto, SICS è stato sviluppato per la gestione della rete a sostegno dei Condomini Solidali; ciò però non esclude la possibilità, di poterlo utilizzare anche nell'ambito di altre tipologie di servizio, come ad esempio il Tutoring. Analogamente, il SICS attraverso opportune modifiche e adattamenti può essere utilizzato per la gestione di altre tipologie di reti e microreti (anche socio-educative come ad esempio quelle previste dal progetto "Aule Solidali").

Di seguito, a titolo esemplificativo, si riportano alcune schermate del sistema.

Home page del portale web di SICS



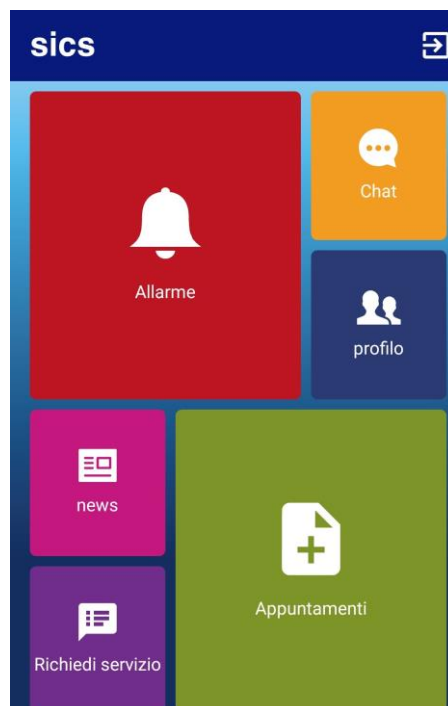
Scheda Anagrafica dell'Assistito

Nuovo Assistito

Conferma Reset Exit

Attivo	Nome e cognome		Allergie	
Si	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita	Luogo di nascita		Materiale Consegnato	
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nazionalità	Codice fiscale		Note	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data Iscrizione	Presente	Asi di competenza		
<input type="text"/> <input type="text"/>	Si	<input type="text"/>		
Indirizzo				
<input type="text"/>				
Città	Provincia	Cap		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Mail	Telefono	Cellulare		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
App username		App password		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Foto		Stiglia...		
Selezionare una foto...		<input type="text"/>		

Schermate iniziali App SICS-INSPIRE e App SICS-INSPIRE OC



Nei Municipi della sperimentazione, INSPIRE ha proposto forme di riuso a lungo termine e temporaneo degli spazi da destinare al sociale, anche attraverso percorsi di auto-recupero e auto-costruzione, con la finalità di mettere a punto un prototipo di fattibilità sociale, economica e amministrativa per l'attivazione di spazi "socialmente utili" in grado di garantire e supportare efficacemente i servizi sperimentali di supporto alle fragilità. Sono stati inoltre definiti alcuni criteri per la localizzazione e la progettazione degli spazi aperti e costruiti sottolineando le ricadute che questi interventi hanno rispetto al sistema del welfare e più in generale della rigenerazione urbana.

1. **INDIVIDUARE gli immobili disponibili** = edifici e spazi aperti dismessi, abbandonati o sottoutilizzati attraverso tre famiglie di strumenti:
 - a. **Carta della città pubblica**⁵ (per gli immobili di proprietà di enti pubblici) aggiornata al 2016 e disponibile on line: <http://www.urbanistica.comune.roma.it/carta-citta-pubblica/cartacittapubblica-elaborati.html>
 - b. **Mappature open source e collaborative mapping** (per gli immobili di proprietà privata) disponibili on line:
[http://romabbandonata.org/;](http://romabbandonata.org/)
<https://withyouwedo.telecomitalia.com/projects/860/mappina-mappa-alternativa-delle-citta>
<http://www.tspoon.org/cityhound/>
<http://impossibleliving.com/>
<http://www.temporiuso.org>
 - c. **Elenco pubblico dei beni confiscati** assegnati a Roma Capitale, aggiornamento 2016, disponibile on line http://www.comune.roma.it/pcr/it/acquisizioni_pagina.page
2. **SELEZIONARE** gli immobili per un possibile riuso a fini sociali privilegiando:
 - a. **immobili immediatamente disponibili** (pubblici o già acquisiti all'uso pubblico)
 - b. **immobili connessi alla città o facilmente raggiungibili** con i mezzi pubblici, a piedi o in bici
 - c. **edifici che hanno gli standard minimi di sicurezza statica e antisismica previsti** dalla normativa vigente
 - d. **spazi aperti** sicuri e fruibili (con adeguate condizioni di drenaggio, stabilità dei versanti, pendenze, assenza di inquinanti nel suolo, assenza di vegetazione infestante, malata, pericolante)
 - e. **immobili con dotazioni tecnologiche di base** (rete elettrica, rete idrica, rete fognaria rete telefonica) + wi-fi
3. **MIXARE** servizi di supporto alla fragilità con attività e servizi per la collettività
 - a. **residenzialità allargata** (case per la semi-autonomia di neomaggiorenni in uscita da case famiglia e di giovani; condomini solidali; case per anziani con differenti livelli di autonomia; etc)
 - b. **laboratori socio-occupazionali** (produzione e artigianato, agricoltura, ristorazione, giardinaggio) aperti al pubblico
 - c. **centri di orientamento e promozione** della salute, dell'educazione alimentare, del movimento e della pratica sportiva, aperti a tutti

⁵ Censimento completo degli immobili di proprietà del Demanio, di Roma Capitale, della Regione Lazio, della Provincia e di tutti gli altri enti e soggetti pubblici titolari di immobili, che siano terreni o edifici, redatta dal Dipartimento Programmazione e Attuazione Urbanistica di Roma Capitale in collaborazione col Dipartimento Patrimonio, Sviluppo e Valorizzazione e con il supporto di Risorse per Roma S.p.a., aggiornata al 2016.

4. **VALUTARE** la fattibilità degli interventi in base ai seguenti **obiettivi prestazionali**:
- a. **Accessibilità urbana** = garantire la possibilità, per tutti, di raggiungere e fruire l'area di intervento attraverso:
 - connessioni protette con le reti di trasporto pubblico
 - percorrenze ciclopedonali
 - accessi, recinzioni e aperture che favoriscano la permeabilità fisica e visiva tra spazi interni ed esterni alimentando scambi e relazioni con il contesto
 - b. **Sicurezza strutturale e antisismica degli edifici** = garantire la rispondenza agli standard previsti dalla normativa per le possibili specifiche destinazioni d'uso attraverso:
 - consolidamento di strutture, murature, etc..
 - demolizione di superfetazioni recenti
 - miglioramento sismico
 - c. **Qualità degli spazi interni degli edifici** in termini di funzionalità, flessibilità e riconoscibilità attraverso:
 - dimensionamento e diversificazione degli spazi in rapporto ai diversi usi/attività (formazione, produzione, lavorazione, esposizione, vendita, etc..)
 - articolazione e distinzione di accessi, flussi e percorrenze interne in rapporto ai diversi tipi di frequentazione (pubblico, semipubblico, privato/riservato)
 - predisposizione di sistemi e dispositivi che consentano diverse possibili suddivisioni e trasformazioni flessibili degli spazi interni in rapporto a usi temporanei, stagionali.
 - d. **Stabilità, sicurezza e accessibilità degli spazi aperti** = garantire uso e fruibilità degli spazi aperti attraverso:
 - sistemazioni del suolo (drenaggi, scarpate, muretti di contenimento, rampe)
 - restauro degli impianti vegetazionali storici (filari, siepi, parterre)
 - ristrutturazione di impianti vegetazionali recenti (sostituzione di esemplari malati, ubiquitari, infestanti)
 - e. **Funzionalità e qualità degli spazi aperti attraverso dispositivi, attrezzature e elementi di paesaggio** in grado di garantire
 - comfort ambientale (boschi, gruppi arborei, pensiline e padiglioni mobili, fontane, vasche, etc.)
 - svolgimento di attività collettive (frutteti, orti, prati, scarpate vivibili, etc.)
 - usi temporanei, stagionali, flessibili (muri attrezzati, orti in cassetta, suoli mobili, etc.)

INSPIRE prevede un'attività strutturata di **valutazione degli effetti delle azioni implementate dal progetto**. L'intero progetto e le azioni sperimentate sono sottoposte a valutazione rispetto ai seguenti ambiti:

- ✓ **efficacia dei servizi sperimentali**, misurandone l'impatto e le conseguenze verso i destinatari attraverso il metodo controfattuale;
- ✓ **efficienza e sostenibilità degli interventi**, per considerare sia il profilo dei costi finanziari correlati ai servizi sperimentali, sia gli aspetti organizzativi e procedurali e le azioni di cambiamento necessarie.

Questi fattori sono indispensabili ai fini della trasferibilità e messa a regime delle nuove *policies*, che potranno integrare l'offerta attualmente erogata, ovviamente in un quadro di compatibilità finanziaria.

Come citato, **INSPIRE prevede** che i servizi sperimentali siano sottoposti a **valutazione con approccio contro fattuale**, che ha l'obiettivo di misurare l'effetto di un intervento «come la differenza tra quanto si osserva in presenza dell'intervento e quanto si sarebbe osservato in sua assenza».⁶

L'esperienza è significativa da un punto di vista scientifico poiché, nonostante in Italia siano ancora poche le applicazioni nelle politiche sociali⁷, nell'immediato futuro dovrebbe aumentare il ricorso all'approccio controfattuale. Infatti, nei progetti finanziati dai fondi diretti e indiretti del nuovo ciclo dei fondi comunitari è frequente il richiamo all'esigenza di valutare l'impatto degli interventi con questa metodologia. Da segnalare, peraltro, che le prime indicazioni emergenti dall'analisi, soprattutto a livello di impostazione, sono state presentate recentemente al "XX Congresso nazionale" dell'Associazione di Valutazione (AIV)⁸, ottenendo un riscontro positivo.

Obiettivi della valutazione, attività e stato dell'indagine

I risultati della valutazione controfattuale rappresentano quindi elementi *evidence-based* per verificare se il modello dei servizi di tipo collettivo di INSPIRE sia complementare al modello esistente che si fonda prevalentemente sull'assistenza domiciliare e sul rapporto 1 a 1 tra operatore e beneficiario. In sostanza, si vuole capire se la logica sottostante il progetto INSPIRE possa generare un aumento dell'efficienza e dell'efficacia del sistema di servizi di cura della fragilità, in termini di:

- ✓ miglioramento dell'assistenza alle persone;
- ✓ razionalizzazione della spesa pubblica per la cura della fragilità attraverso l'erogazione di servizi di assistenza collettivi meno costosi e, quindi, più sostenibili;
- ✓ riduzione delle liste di attesa per l'accesso ai servizi.

Operativamente, il progetto prevede la somministrazione di un **questionario** all'inizio e alla fine del periodo di sperimentazione dei servizi innovativi, procedendo al confronto di due gruppi di persone, selezionati in base ad alcuni criteri e dimensioni comuni e similari (età, sesso, livello di bisogno ecc.) in modo da renderli confrontabili. I due gruppi in questione sono:

- ✓ **gruppo in trattamento**, ovvero persone coinvolte nei servizi sperimentali (laboratori socio-occupazionali, tutoring e condomini solidali) selezionate prevalentemente dalle liste di attesa (Saish e Saisa) ovvero in base ad altri criteri;
- ✓ **gruppo di controllo**, costituito da persone che tendenzialmente già usufruiscono di servizi non collettivi (ad esempio servizi domiciliari), preferibilmente da un tempo relativamente recente.

La finalità della valutazione controfattuale è di rilevare come variano nel corso del periodo di sperimentazione dei servizi le condizioni dei soggetti coinvolti nei due gruppi, sulla base di un'analisi statistica

⁶ La definizione è tratta da Martini A., Trivellato U. (2011). *Sono soldi ben spesi? Perché e come valutare l'efficacia delle politiche pubbliche*. Venezia: Marsilio Editori (p. 35).

⁷ Al riguardo si segnala un'esperienza di valutazione controfattuale realizzata dal Consorzio MIPA con il Dipartimento politiche sociali di Roma Capitale. Maggiori informazioni su: Pellegrini G., D'Amen B., Lanzoni F.M., Cucinotta L., Di Prinzio A. (2014). *L'applicazione del metodo controfattuale per la valutazione di un intervento di welfare d'emergenza: il progetto Youssam a Roma Capitale*, Rassegna Italiana di Valutazione, fasc. 59, pp. 124-147, 2014.

⁸ Il XX Congresso nazionale" dell'Associazione di Valutazione (AIV), tenutosi il 20, 21 e 22 aprile 2017, aveva come oggetto il tema "Promuovere e valutare il benessere delle comunità: emergenza, resilienza, complessità".

degli indicatori desumibili dai questionari somministrati all'inizio e alla fine del periodo. Le diverse dinamiche saranno poi confrontate per valutare gli effetti dei servizi sperimentali.

La fase di costruzione (primo semestre 2016) e somministrazione del questionario è stata realizzata secondo un approccio multidisciplinare e ha coinvolto diversi partner. Il questionario, sottoposto a test (luglio 2016) e successivamente validato, ha considerato quattro aree di impatto: *carichi familiari, stato di salute, capacità di progettare il futuro, autonomia e benessere sociale*.

Significativo è stato l'apporto dei Municipi, che hanno supportato la selezione dei gruppi sulla base dei criteri individuati (settembre-dicembre 2016), la comunicazione preventiva, l'organizzazione logistica e la somministrazione del questionario al gruppo di controllo (momento che ha presentato, comprensibilmente, delle criticità da un punto di vista organizzativo).

Al momento attuale si sta concludendo la seconda somministrazione dei questionari (ex post), avviata nel mese di settembre 2017 (la prima somministrazione è avvenuta tra gennaio e febbraio 2017). Sono stati popolati i database e avviate le prime elaborazioni statistiche: ad oggi sono già stati inseriti 155 questionari relativi al gruppo in trattamento e 165 per il gruppo di controllo.

Prime indicazioni derivanti dal processo valutativo

Volendo trarre un primo bilancio, può dirsi che **il lavoro realizzato suggerisce un percorso metodologico promettente per la valutazione con il metodo controfattuale non soltanto di INSPIRE, ma anche di altri progetti nel settore sociale**. Infatti, un processo valutativo di tale portata, basato su dati fattuali e su un sistema di indicatori che riflette gli obiettivi da raggiungere, consente una valutazione "consapevole" e non ideologica sui risultati dell'intervento, considerando non soltanto o unicamente "quanto si è speso", ma "come si è speso e che effetti ha avuto".

L'ulteriore vantaggio di tale processo valutativo è di permettere una vera **accountability della PA**, che può essere giudicata e valutata non solo riguardo ai programmi (quello che si vorrebbe fare), ma anche riguardo a quanto realizzato e ai suoi effetti. **Appare quindi indispensabile uno sforzo significativo a livello di progettazione della politica e, a tal fine, risultano necessari:**

- ✓ **una accurata definizione del disegno valutativo**, da determinarsi insieme, e non dopo l'intervento, in modo da raccogliere le informazioni necessarie e tarare il metodo di valutazione alla dimensione e alle caratteristiche dell'intervento.
- ✓ **una stretta collaborazione tra attori e valutatori** per l'identificazione degli obiettivi dell'analisi, dei soggetti che sono sottoposti alla politica, del gruppo di controllo, delle modalità di rilevazione delle informazioni, in modo da garantire la qualità ma anche l'effettiva utilità dell'esercizio valutativo.

Nel box seguente si riportano alcuni dettagli sulla metodologia di valutazione e sulla struttura del questionario utilizzato.

Tecniche di selezione e analisi dei dati: cenni

Impostando una valutazione controfattuale, una prima domanda riguarda l'individuazione del campione. Il disegno statistico che assicurerebbe la massima validità statistica delle stime sarebbe quello randomizzato in cui il ricercatore campiona in maniera casuale sia i soggetti da assistere (gruppo sperimentale) sia i soggetti non assistiti (gruppo di controllo). Questo, ovviamente, può porre un problema di tipo etico e/o di fattibilità nei tempi previsti.

Pertanto, nel caso del progetto INSPIRE, e come spesso avviene nell'ambito delle scienze sociali, è stato utilizzato un *disegno quasi-sperimentale*: i vincoli di scelta esistenti per il gruppo in trattamento vengono stemperati ricostruendo *ex post*, dall'insieme dei soggetti che non sono stati assistiti, un gruppo che mimi una scelta *ex ante* casuale. In ogni caso, identificare il corretto campione di controllo non è comunque esercizio semplice, nonostante l'accuratezza seguita nella selezione degli individui non trattati.

Un primo approccio a questo problema è quello di ipotizzare che alcune caratteristiche individuali, che differenziano *ex ante* i due gruppi, siano costanti nel tempo. L'eliminazione di tali diversità può avvenire disponendo di almeno due informazioni sullo stesso soggetto, prima e dopo l'intervento. Analizzando le differenze tra queste informazioni è possibile identificare l'effetto dell'intervento pur se le condizioni iniziali del gruppo sperimentale e di quello di controllo sono differenti, attraverso un metodo noto come *Differences-in-differences* (DID).

Un ulteriore approccio utilizzato per minimizzare le differenze *ex ante* esistenti tra i due gruppi si basa sulla ricostruzione, sulla base di caratteristiche note, di un gruppo di controllo il più possibile simile al campione sperimentale attraverso tecniche di *matching* che minimizzano la distanza tra i due gruppi sulla base delle informazioni/variabili disponibili.

In INSPIRE, per minimizzare gli effetti avversi dell'autoselezione all'intervento dovuta alla non completa casualità nella scelta dei soggetti e all'influenza di caratteristiche non osservabili nei soggetti, l'approccio di *matching* viene integrato con l'utilizzo di un modello di valutazione detto *diff-in-diff matching* (MDID), che considera non il livello, ma l'evoluzione delle variabili di risultato tra i soggetti "Trattati" e "Non trattati" accoppiati secondo la tecnica descritta.

Struttura del questionario

La tabella seguente illustra le varie sezioni del questionario, somministrato a compilazione assistita: l'operatore è il soggetto deputato ad effettuare la rilevazione e affianca sempre il soggetto e/o il familiare nella compilazione. Questo al fine di applicare il criterio della multiassialità, in grado cioè di integrare diversi punti di vista: operatori, familiari e beneficiari.

Struttura questionario	Domande del questionario	Rispondente
SEZIONE 1: CARATTERISTICHE DEL SERVIZIO		
✓ Anagrafica sintetica del soggetto		Operatore
✓ Caratteristiche del servizio		
SEZIONE 2: INDICATORI DI IMPATTO		
SEZIONE 2.1: Impatto sui carichi familiari		Familiare*
○ Carico oggettivo	domande: 1-3; 8; 9	
○ Atteggiamenti positivi	domande: 4; 5	
○ Costi indiretti	domande: 6; 7	Soggetto **
SEZIONE 2.2: Impatto sullo stato di salute		
○ Salute in generale	domande 10; 21-23	
○ Salute fisica	domande 11-14; 17	
○ Salute mentale	domande: 15; 16; 18-20	
SEZIONE 2.3: Empowerment - Capacità di progettare il futuro		
○ Autostima-autoefficacia	domande: 26; 27; 31	
○ Capacitazione-incapacità	domande: 24; 25	
○ Attivismo nella comunità e autonomia	domande: 28; 30	
○ Ottimismo e controllo sul futuro	domanda: 29	
SEZIONE 2.4: Autonomia personale e benessere sociale		
○ Attività cognitive	domande: 36	
○ Mobilità	domande: 34; 37	
○ Cura di sé	domande: 38; 39	
○ Relazionarsi con le persone	domande: 40; 41	
○ Attività della vita quotidiana	domande: 33	
○ Partecipazione	domande: 35	
SEZIONE 3: GRADO DI SODDISFAZIONE DEL SERVIZIO		
✓ Erogazione del servizio	domande: 43-45	Operatore
SEZIONE 4: MODALITÀ DI CHIUSURA INTERVENTO		



Tirocini inclusione sociale: 41 tra giovani e adulti; 15 strutture e organizzazioni ospitanti

LABORATORI SOCIO-OCUPAZIONALI

Definizione e modello del servizio

I laboratori socio-occupazionali sono un **servizio collettivo** che garantisce ai soggetti fragili percorsi di “riabilitazione sociale” basati sull’integrazione tra attività lavorative e di supporto alle capacità sociali della persona. Il laboratorio socio occupazionale è uno strumento flessibile e adattabile a diverse tipologie di fragilità sociale e può avere le seguenti funzioni:

- una funzione educativa e di recupero sociale, con l'acquisizione di abilità pratico-manuali e di atteggiamenti, comportamenti, motivazioni e responsabilità inerenti l’ambiente di lavoro (prerequisiti lavorativi) e l’acquisizione di abilità sociali generali (capacità di mobilità, di partecipazione al gruppo, ecc)
- una funzione formativa per migliorare le proprie competenze in un determinato ambito lavorativo e/o comunque nell’ambito “lavoro”
- una funzione di pre-inserimento lavorativo per verificare la sostenibilità del potenziale candidato ad un tirocinio e/o assunzione in azienda
- una funzione di “rinforzo” e o “recupero” di eventuali rischi di fallimenti per beneficiari che hanno difficoltà nel mantenimento di assunzioni lavorative già effettuate e/o che le hanno perse
- una funzione di osservazione e valutazione per indirizzare i beneficiari verso opportunità non fallimentari e servizi adeguati
- una funzione di attività collettiva semiresidenziale, in sostituzione di interventi individualizzati, per quei beneficiari che non sono in grado di procedere in percorsi di inserimento al lavoro, ma che

⁹ Dei 179 beneficiari complessivamente presi in carico, 161 hanno partecipato alla valutazione controfattuale.

necessitano di attività in grado di mantenere i livelli di capacità ed autonomia raggiunti ed evitare sicure regressioni

- una funzione di preparazione per il dopo di noi in forme leggere di semi-autonomia e/o a bassa soglia assistenziale favorendo la costruzione di relazioni e di coesione fra i partecipanti più adulti e con familiari anziani

Il laboratorio socio - occupazionale può essere strutturato, in relazione ai potenziali beneficiari, nelle seguenti aree di attività:

- *occupazionale/lavorativa*
- *di supporto specialistico/individualizzato*
- *di sostegno alla socialità*
- *di sostegno alla famiglia*

I progetti di inserimento nel laboratorio sono individualizzati e monitorati attraverso l'osservazione continua nelle aree di attività.

I partecipanti, all'interno dell'area occupazionale/produttiva ruotano nelle diverse mansioni.

La prospettiva delle persone che frequentano il laboratorio è quella di un inserimento/reinserimento nel mercato del lavoro oppure di permanenza presso il servizio stesso, come sistema che propone, in ambiente protetto, caratteristiche, tempi e regole dell'ambiente di lavoro e che produce prodotti reali.

Tipologia e n. destinatari

La tipologia della sperimentazione ha investito beneficiari con disabilità psico-fisiche e patologie psichiatriche. In realtà il modello è attivabile anche per altre tipologie di fragilità sociale adattando gli obiettivi e le modalità operative ai requisiti dei partecipanti.

Il gruppo dovrebbe oscillare tra le 10 e le 15 unità in relazione alle caratteristiche dei partecipanti.

Tipologia di operatori

L'equipe per ogni laboratorio prevede:

- N.1 psicologo per supporto individualizzato al partecipante ed alla famiglia
- N. 1 educatore professionale per il coordinamento delle attività nelle diverse aree e dell'equipe
- N. 1 tecnico per ogni area occupazionale (segmento produttivo)
- N. 1 - 2 Operatori sociali in funzione delle tipologie di beneficiari

Rapporto medio operatori/beneficiari

Il rapporto oscilla tra **0,34 su gruppi di 10 beneficiari a 0,23 su gruppi di 15 beneficiari**

Sedi e attrezzature necessarie

Il modello, almeno per quanto riguarda l'area occupazionale/lavorativa, si presta ad essere realizzato:

- in laboratori attrezzati in specifiche attività produttive
- in imprese disponibili ad accogliere i beneficiari

Per le sedi dei laboratori o si fa riferimento a soggetti gestori che ne possiedono o occorre, in relazione alla tipologia di segmento occupazionale/produttivo prescelto, prevedere un costo una tantum per l'allestimento e le autorizzazioni allo svolgimento delle attività, che variano naturalmente in relazione all'attività stessa.

Tempi di erogazione del servizio

I partecipanti frequentano a settimana N. 16 ore le attività occupazionali/lavorative e N. 4 ore le attività sociali, espressive e di supporto individualizzato. Le attività si svolgono nell'ambito annuale. La pausa nel mese di agosto, totale o parziale va valutata in relazione ai partecipanti ed alle attività occupazionali/produttive.

Costi

Il costo medio orario per partecipante varia tra i 7,00 €/ora e i 10,00 €/ora.

Le variabili sono determinate da:

- tipologia e gravità dei partecipanti
- sede di svolgimento delle attività occupazionali/lavorative (impresa o laboratorio attrezzato)
- richieste specifiche delle Amministrazioni competenti (trasporto partecipanti ,ecc.)

Nel caso di attività svolte in laboratorio occorre prevedere, come sopra ricordato, di volta in volta, una tantum, i costi di impianto per lo svolgimento delle attività produttive richieste e/o prospettate

Elementi innovativi dell'intervento

- Flessibilità del servizio nella propria esplicazione e realizzazione: possono convivere nel gruppo partecipanti con esigenze differenziate e/o appartenenti a diverse tipologie di fragilità;
- Metodologie di inclusione sociale attraverso attività lavorativa reale: i prodotti sono veri, i tempi e le modalità sono quelle di un ambiente lavorativo, la persona si sente all'interno di un'azienda investita di un ruolo e un compito
- La possibilità di utilizzare le imprese esistenti come unità in cui svolgere attività occupazionali/produttive e quindi la possibilità di integrazione tra i soggetti profit e no profit

Elementi da tenere presenti nella programmazione e progettazione del servizio

- La possibilità di trasformare le risorse dedicate a servizi individualizzati in servizi collettivi, con maggior ricaduta di inclusione sociale e con costi dimezzati e quindi con un ventaglio di utenti maggiori
- Il territorio e la disponibilità delle imprese esistenti alla partecipazione con soggetti no profit per la realizzazione delle attività occupazionali/produttive
- La correlazione e/o la complementarietà con i servizi attivi nel territorio, in particolare quelli residenziali e/o altri servizi specialistici di supporto

Le varie tipologie di beneficiari potenziali in relazione alla flessibilità del servizio sopra citata.

TUTORING

Definizione e modello del servizio

Il **tutoring** è un intervento disposto a partire dalla considerazione che la popolazione fragile presenta forti carenze in termini di competenze informative, relazionali, sociali, mancate o perse che, per essere ricomposte, necessitano di un percorso di accompagnamento. L'idea è che l'intervento di un tutor che sostiene la persona nel percorso di costruzione o ricostruzione di legami, comunicazioni e opportunità possa favorire la riduzione dell'isolamento e la ricostruzione di un progetto di vita. Il lavoro del tutor si sviluppa dalla definizione di un progetto condiviso con il beneficiario, scandito da obiettivi intermedi: lavoro, affetti, casa, con la duplice funzione di orientare la persona al corretto utilizzo delle risorse (sussidi economici, servizi, interventi) e integrare gli interventi previsti dal progetto e realizzati da servizi, enti e soggetti diversi. La qualità dell'intervento è data dalla personalizzazione, obiettivo del servizio è lo sviluppo delle capacità della persona di orientarsi nella ricerca delle soluzioni di socializzazione e occupazionali più adeguate per uscire dalla marginalità.

Tipologia e n. destinatari

Adulti in condizione di bisogno che necessitano di orientamento ed accompagnamento per rendere efficace il rapporto con il sistema dei servizi e delle opportunità territoriali. Benché la tipologia di riferimento debba essere intesa in senso ampio, rimandando più a difficoltà funzionali del sistema dei servizi che non a categorie di utenza codificate, l'intervento si applica in situazioni in cui la criticità è data dalla compresenza di difficoltà cronicizzate o prossime alla cronicizzazione e isolamento relazionale.

Il tutoraggio in molti casi riempie lo spazio di una transizione non compiuta da un sistema dei servizi frammentato e basato su interventi puntuali intensivi ad uno **integrato e orientato alla gestione estensiva** di situazioni **multiproblematiche**. Le necessità cui dare risposta sono esemplificabili come segue:

- problemi alloggiativi e/o di indigenza
- focalizzazione della propria condizione sanitaria
- supporto psicologico
- ottenimento/rinnovo di documenti di identità
- supporto nello svolgimento di pratiche relative all'invalidità civile
- supporto nella soluzione di problemi derivanti dal fallimento di attività lavorative e/o commerciali
- monitoraggio della situazione finanziaria familiare per prevenire rischi di usura
- formazione finalizzata all'inserimento/reinserimento lavorativo
- inserimento lavorativo stabile

Numerosità: a seguito della sperimentazione, si ritiene che possa essere attivato il servizio in relazione a **30-40 unità annue**. Il servizio infatti va inteso come complementare ad altre attività di servizio sociale o di carattere sanitario in riferimento a aree di integrazione socio-sanitaria.

Tipologia di operatori

Sociologi, psicologi, assistenti sociali: operatori con esperienza nel campo dei servizi del welfare con altre competenze formalizzate (ad es.: laureati in legge o in economia; operatori educativi) o conseguite in corso di attività (operatori di organizzazioni sociali o della pubblica amministrazione con esperienza di lavoro almeno decennale).

Sedi e attrezzature

Sono necessari sedi e spazi (anche non esclusivi) per l'incontro con i beneficiari del servizio di tutoraggio, per la raccolta e la archiviazione della documentazione relative alle attività e per riunioni di coordinamento delle équipes di lavoro.

Durata del servizio

Il periodo di attività con il singolo beneficiario può portare a risultati entro sei mesi, periodo che va declinato in una fase più intensa dedicata alla costruzione del rapporto di fiducia, all'analisi, alla definizione ed alla contestualizzazione della condizione di bisogno, alla elaborazione del progetto di attività; a questa fase (che può durare fino a 2 mesi e che prevede incontri almeno settimanali con il beneficiario) segue la messa in atto delle azioni di progetto, con incontri quindicinali per i successivi 4 mesi.

Costi

Il costo minimo orario indicativo per beneficiario è euro 1,60 /ora all'interno di un "pacchetto" di 18 beneficiari in carico per un periodo minimo di dodici mesi.

Indicativamente il costo complessivo di gestione su base settimanale per 18 beneficiari, comprensivo di coordinamento, spese e lavoro con le reti territoriali, è di €uro 1.150,00.

Elementi innovativi dell'intervento

La caratteristica maggiormente innovativa dell'intervento consiste nella funzione esercitata dal tutor di:

- "attivatore" della rete **formale ed informale** dei servizi;
- motivatore e facilitatore della funzione di servizi e prestazioni da parte del beneficiario;
- orientatore verso la fruizione di servizi e prestazioni coerenti con gli obiettivi definiti, evitando quindi domande improprie.

Elementi da tenere presenti nella programmazione e progettazione del servizio

Il servizio di Tutoring non è sostitutivo né alternativo rispetto alle altre opportunità offerte dal sistema territoriale dei servizi (Municipali, Sanitari, Formativi, del Lavoro, Previdenziali) ma va inteso come integrativo. Richiede quindi interazione soprattutto con i servizi sociali di base Municipali e con quelli distrettuali o dipartimentali delle ASL.

Al tempo stesso è richiesta una azione congiunta tra Servizi Sociali di Base e servizio di tutoraggio nella attivazione delle risorse territoriali informali.

CONDOMINI SOLIDALI

Definizione e modello del servizio

Il **Condominio Solidale** si basa sulla valorizzazione della prossimità e sull'attivazione delle reti di solidarietà e di aiuto del territorio. L'operatore ("Tutor di Condominio Solidale") si occupa di più beneficiari che vivono in luoghi limitrofi, sostenendoli nella vita autonoma attivando reti di solidarietà (associazioni, vicini, commercianti, amministratore di condominio, volontari della parrocchia o di gruppi giovanili) che operano come sentinelle sociali.

I modelli di condominio solidale sperimentati sono 2:

- il primo punta ad aumentare ed innovare l'intervento domiciliare nei casi in cui ci si muove dalla compresenza di più persone nel condominio o nella strada (Municipio IX);
- il secondo prevede interventi diretti sul condominio, anche in presenza di una sola persona, che può essere un elemento di conflittualità nello stabile o beneficiare di una attenzione solidale da parte dei condomini. In questi casi l'operatore interviene a partire da esposti/denunce dei condomini nei confronti di anziani o persone in condizioni di barbonismo domestico (Municipio XIV).

Tipologia e numero dei destinatari

Persone anziane che in genere vivono da sole e che hanno bisogno – a titolo di esempio – di supporto ed assistenza per rispondere alle proprie esigenze di:

- socializzazione
- frequentazione di luoghi pubblici di aggregazione
- supporto psicologico
- supporto nell'accudimento del coniuge ammalato

ma anche a "bisogni semplici" quali:

- compagnia e passeggiate
- accompagnamento alla Messa domenicale
- aiuto per portare a casa la spesa
- aiuto per prenotare ed effettuare visite mediche.

Il Condominio Solidale è formato indicativamente da 3 a 5 persone. E' opportuno che vi siano più Condomini Solidali nello stesso quartiere/territorio per permettere e favorire ulteriori possibilità di solidarietà (più "condomini solidali" formano una "comunità solidale").

Tipologia di operatori

Educatori professionali, assistenti sociali, sociologi, psicologi, operatori sociali con altre qualifiche; tutti con esperienza di lavoro "sul campo".

Rapporto medio operatore/beneficiario

Il rapporto è indicativamente di 0,06 operatori per 18 beneficiari per un'attività da svolgere in un periodo minimo di dodici mesi.

Sedi e attrezzature

Per lavoro in "sede fissa": postazione operativa attrezzata (per lavoro individuale e di équipe), anche condivisa con altri operatori; per lavoro "sul campo" (parte prevalente): smartphone e tablet/notebook (per lavoro a diretto contatto con utenti e risorse territoriali), preferibilmente ad uso esclusivo del singolo operatore.

Per esigenze di incontro collettivo con/tra i "condomini" è utile, per le finalità stesse dell'intervento, individuare spazi privati già a disposizione dei condomini (personali o del proprio stabile) o pubblici (luoghi di aggregazione e socializzazione); tuttavia la disponibilità di spazi dello stesso ente gestore del servizio o del Municipio di riferimento possono risultare utili in particolare in fase di avvio.

Durata del servizio

Singolo beneficiario e/o Condominio Solidale: in funzione dei bisogni rilevati e del progetto di intervento.

Servizio: in funzione della sostenibilità complessiva e comunque per un periodo minimo di dodici mesi.

Costi

Il costo minimo orario indicativo per beneficiario è 1,60 Euro/ora all'interno di un "pacchetto" di 18 beneficiari in carico per un periodo minimo di dodici mesi.

Indicativamente il costo complessivo di gestione su base settimanale per 18 beneficiari, comprensivo di coordinamento, spese e lavoro con le reti territoriali, è di Euro 1.150,00.

Elementi innovativi dell'intervento

A fronte di una situazione di bisogno, l'orizzonte operativo si amplia passando dalla semplice erogazione di un intervento alla ricerca di soluzioni comunitarie: i Tutor di Condominio Solidale da un lato affrontano il problema dell'individuo o degli individui, dall'altro attivano risorse informali e costruiscono rete e comunità territoriale.

Per esempio, i Tutor lavorano per

- mettere in rete servizi istituzionali e servizi informali, professionisti e persone di buona volontà
- attivare i singoli individui, i gruppi associativi locali, i gruppi parrocchiali, gli operatori del tessuto produttivo del territorio (es. singoli negozianti) per rispondere anche ai "bisogni semplici" prima elencati
- favorire quindi l'incontro tra la persona anziana con i suoi specifici bisogni ed i servizi e le risorse già presenti sul territorio
- individuare anche la eventuale possibilità di realizzare progetti più articolati per rispondere ai bisogni rilevati nel corso degli interventi (es. ospitalità di persone in cerca di alloggio, in cambio di compagnia ed aiuto – recupero di spazi privati o pubblici di incontro, anche in collaborazione con imprese e gruppi giovanili).

Condizioni da tenere presenti nella programmazione e progettazione del servizio

E' opportuno avviare la sensibilizzazione e la concreta attivazione della rete territoriale prima della presa in carico dei beneficiari; è necessario che i servizi territoriali pubblici siano direttamente coinvolti ed attivi in questo senso.

E' necessario affiancare al lavoro specifico a favore delle singole persone anziane prese in carico (front), un continuo lavoro di attivazione, gestione e ampliamento della rete territoriale formale ed informale per favorire e mantenere un approccio di reciproca solidarietà e condivisione all'interno della rete stessa.

Il "Condominio Solidale" è complementare agli altri interventi dei servizi sociali territoriali.

TIROCINI DI INCLUSIONE SOCIALE

Nel corso della sperimentazione il lavoro è emerso come fattore chiave per il raggiungimento dell'autonomia dei beneficiari dei servizi. Per tale motivo il gruppo di lavoro, ha deciso di avviare, a partire dai laboratori socio-occupazionali e dai percorsi di tutoring realizzati, dei tirocini extracurricolari di inclusione sociale¹⁰.

Definizione e modello del servizio

Il tirocinio è una misura formativa di politica attiva che favorisce l'orientamento al lavoro e l'aggiornamento del proprio profilo professionali e permette, al contempo, di attivare nuove competenze e saperi. Il tirocinio non configura un rapporto di lavoro ma concretizza un contatto con le imprese e con i datori di lavoro per attuare condizioni favorevoli all'inserimento (o al reinserimento) nel mercato occupazionale per inoccupati e/o disoccupati, e per coloro che, sono alla ricerca di nuovi percorsi occupazionali¹¹.

La legislazione della Regione Lazio prevede tirocini di inclusione sociale rivolti ad alcune categorie di destinatari¹² a partire dalle seguenti condizioni personali: siano già in carico al servizio pubblico (ad esempio i servizi sociali comunali) che, valutate le condizioni del soggetto, attestati che il raggiungimento della riabilitazione e dell'inclusione sociale possa avvenire anche attraverso l'inserimento in contesti lavorativi; non svolgano tirocini extracurricolari disciplinati dalla DGR n.199 del 18/07/2013; non svolgano alcuna attività lavorativa.

L'obiettivo di INSPIRE è stato offrire alle persone in carico ai servizi e con potenziale occupabilità un'occasione per entrare nel mercato del lavoro, valorizzando le caratteristiche, le competenze e rispettando le difficoltà individuali.

INSPIRE ha quindi avviato tirocini di inclusione sociale della durata di circa 3 mesi; il carattere innovativo dell'azione è dato dalla forte **condivisione e integrazione nella presa in carico** tra gruppo di lavoro INSPIRE (Tutor, operatori dei laboratori) e servizi socio-sanitari, responsabili del caso.

¹⁰ Deliberazione Giunta Regionale 30 dicembre 2013, n. 511, la Regione Lazio ha regolamentato regolamentare i **tirocini di inserimento o reinserimento finalizzati alla riabilitazione e all'inclusione sociale**

⁸Linee guida per i tirocini di inserimento e reinserimento finalizzati alla riabilitazione e all'inclusione sociale (delibera della Giunta regionale n. 511/2013 e successive integrazioni e modificazioni)

¹² I tirocini per l'inclusione sociale sono rivolti alle seguenti categorie di destinatari

- soggetti con disabilità non inseriti nelle convenzioni del collocamento mirato ai sensi della *Legge 12 marzo 1999, n. 68*;
- soggetti svantaggiati ai sensi dell'*art. 4, co. 1, della Legge 8 novembre 1991, n. 381*;
- soggetti inseriti nei programmi di assistenza ai sensi dell'*art. 13 della Legge 11 agosto 2003, n. 228* a favore delle vittime di tratta;
- soggetti inseriti nei programmi di assistenza e integrazione sociale ai sensi dell'*art. 18 del Decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286* a favore di vittime di violenza e di grave sfruttamento da parte delle organizzazioni criminali;
- soggetti titolari di permesso di soggiorno rilasciato per motivi umanitari di cui all'*articolo 5, co. 6, del Decreto legislativo n. 286/1998*;
- richiedenti protezione internazionale e i titolari di status di rifugiato e di protezione sussidiaria di cui all'*art. 2, lett. e) e g), del Decreto legislativo 28 gennaio 2008, n. 25*;
- richiedenti asilo come definiti dal *Decreto del Presidente della Repubblica 16 settembre 2004, n.303*.

Il gruppo di lavoro INSPIRE ha attivato le procedure amministrative per l'avvio dei Tirocini in sinergia con il Dipartimento - Turismo Formazione e Lavoro e ha individuato le strutture e le organizzazioni disponibili ad ospitare i tirocinanti.

Il Tutor INSPIRE e il responsabile del caso dei servizi (équipe multidisciplinare) hanno individuato tra i profili richiesti dagli organismi i potenziali beneficiari del tirocinio ed effettuato i colloqui di pre-selezione con la partecipazione dei tutor aziendali .

Tipologia dei destinatari

Le 41 persone, tutte in carico ai servizi sociali municipali e ai servizi sanitari ASL, come richiesto dalla normativa regionale, sono state individuate a partire dai diversi profili di bisogno rilevati:

- persone adulte con disabilità
- persone con sofferenza mentale
- persone adulte fragili

Tutti i tirocinanti sono stati individuati tra coloro che avevano seguito il percorso di tutoring o di laboratorio socio-occupazionale INSPIRE.

Le strutture e le organizzazioni ospitanti

Le 15 strutture e organizzazioni coinvolte operano tutte nel territorio di Roma Capitale, in settori produttivi diversi.

Tipologia di operatori

Il tirocinio richiede la presa in carico contemporanea del Tutor che ha seguito il soggetto durante il percorso di assistenza (Tutoring o laboratorio) e del Tutor aziendale con l'obiettivo di valorizzare le caratteristiche e le competenze del tirocinante e di facilitarne l'inserimento nell'impresa. E' indispensabile infatti che persone che hanno incontrato difficoltà diverse nell'inserimento e nel mantenimento del lavoro (persone con disabilità intellettive, persone con sofferenza mentale, persone in diverse condizioni di fragilità sociale) siano supportate per affrontare difficoltà quotidiane ed evitare o ridurre i pericoli di crisi.

Durata

Il tirocinio di inclusione sociale INSPIRE ha una durata di circa 3 mesi.

Costi

Il progetto INSPIRE prevede un rimborso spese mensile al tirocinante di circa 400 euro.

L'assicurazione è garantita da Roma Capitale -Dipartimento Turismo, Formazione e Lavoro.

Elementi innovativi dell'intervento

Le strutture e organizzazioni ospitanti hanno condiviso con il gruppo di progetto obiettivi e criteri per la selezione dei potenziali tirocinanti e definito con chiarezza le esigenze della propria impresa (profilo professionale richiesto, caratteristiche del candidato).

Tutto il percorso è stato monitorato a cura del tutor aziendale e del tutor INSPIRE anche a partire da una scheda di monitoraggio informatizzata e condivisa che ne segue l'andamento fino alla conclusione.

Condizioni da tenere presenti nella programmazione e progettazione del servizio

Il tirocinio di inclusione sociale è complementare agli altri interventi dei servizi socio-sanitari territoriali e può avere risultati positivi **solo se è il frutto di un percorso integrato di presa in carico e di valutazione** tra servizi socio-sanitari responsabili, tutor del privato sociale e tutor aziendale.

La **promozione della responsabilità sociale delle imprese** nei territori favorisce la realizzazione dei tirocini di inclusione sociale. Pertanto, accanto al lavoro sociale è necessario attivare, gestire ed ampliare la rete territoriale delle aziende e delle associazioni. Il "tirocinio di inclusione sociale" può ottenere migliori risultati se progettato, monitorato e *valutato* in modo condiviso dai servizi pubblici responsabili della presa in carico e dagli altri attori coinvolti.