

Ideare e valutare le innovazioni nell'ambito delle politiche di welfare.

Una ricerca sul Sistema di servizi a sostegno della domiciliarità a Bologna. ¹

Giusti Margherita*

Sessione 10: Valutare combinando approcci, metodi e dati

Paper X Conferenza ESPAnet Italia

“Il Welfare e i perdenti della globalizzazione: le politiche sociali di fronte a nuove e vecchie disuguaglianze”

Forlì, 21-23 Settembre 2017

*margherita.giusti@comune.bologna.it

¹ Per un approfondimento del progetto si rimanda al volume di prossima pubblicazione presso l'editore FrancoAngeli: "Pratiche di innovazione e valutazione nel servizio sociale. Una ricerca sul Sistema di servizi a sostegno della domiciliarità a Bologna." a cura di Maurizio Bergamaschi

Premessa

Oggi, in particolar modo, ci si interroga sulla capacità del Sistema integrato di servizi sociali e socio-sanitari di essere inclusivo e capace di offrire sostegno ad una fascia di popolazione sempre più ampia, attraverso formule di tutoraggio, monitoraggio e aiuto nell'ottica dell'integrazione delle risorse della comunità. C'è infatti il rischio che, chi non ha la capacità di trasformare i bisogni in domanda, non entri in contatto con i sistemi locali di welfare.

Alla luce degli elementi che caratterizzano la situazione sociale e il sistema di welfare attuali, il servizio pubblico è chiamato quindi ad interrogarsi sul proprio ruolo e a "ripensarsi", per riuscire a divenire effettivamente uno strumento di supporto capace di ricomporre risorse e opportunità per rispondere ai bisogni "manifesti" e "latenti" della popolazione (Pieretti, 2003).

Da queste ed altre riflessioni, sono state sviluppate le innovazioni implementate, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria distrettuale, sul territorio del Comune di Bologna e che caratterizzano il Sistema di servizi a sostegno della domiciliarità a favore principalmente delle persone anziane.

Al fine di avere elementi di riflessione sulla qualità del modello innovativo definito, il Comune di Bologna ha commissionato una ricerca valutativa che ha indagato il livello di raggiungimento degli obiettivi di semplificazione, personalizzazione e integrazione del Sistema di servizi a sostegno della domiciliarità definiti in fase di programmazione, mediante la rilevazione della qualità percepita da parte dei professionisti coinvolti e dei beneficiari dei servizi.

La riuscita degli obiettivi che accompagnano i processi organizzativi e di innovazione si misurano principalmente in termini di efficacia, uno dei criteri guida della valutazione (Holland, 1985), che costituisce quindi il punto di connessione che lega concettualmente la valutazione all'innovazione. La valutazione diventa quindi necessaria al miglioramento della qualità del sistema di welfare, in quanto costituisce uno strumento per garantire e certificarne l'effettivo raggiungimento nell'ambito dei processi di riorganizzazione (Benedetti, 2000).

1. Il Sistema di servizi a sostegno della domiciliarità nel Comune di Bologna

L'allungamento della speranza di vita e il conseguente invecchiamento della popolazione hanno determinato l'incremento delle necessità assistenziali del target di popolazione anziana. Il Comune di Bologna, volendo privilegiare interventi a sostegno della domiciliarità, riconoscendone il valore aggiunto rispetto all'istituzionalizzazione dell'anziano non autosufficiente, ha avviato sperimentazioni e azioni innovative sul territorio².

Si ritiene necessaria una premessa a proposito; è indispensabile infatti che il lettore consideri quanto riportato in merito al modello organizzativo dei servizi a sostegno della domiciliarità come "momento" di un processo costituito da numerosi cambiamenti, a livello organizzativo, culturale e di appartenenza istituzionale, che si sviluppano nella complessità e "liquidità" del contesto sociale attuale.

Risulta quindi fondamentale ancorare la descrizione del modello di seguito descritto al periodo temporale intercorso tra la seconda metà del 2013 e la prima metà del 2015. In questo arco di tempo sono state infatti poste le premesse del modello organizzativo, sperimentate le innovazioni presso alcuni Quartieri cittadini e in seguito implementate su tutto il territorio del Comune di Bologna.

Il Sistema di servizi a sostegno della domiciliarità implementato nel Comune di Bologna al fine di garantire servizi strettamente integrati a favore delle persone anziane non autosufficienti e di coloro che sono impegnati nella rete di sostegno al domicilio, vede coinvolti i seguenti attori:

- i cittadini e i loro caregiver;

² [http://informa.comune.bologna.it/iperbole/media/files/articolo_nuovo_sistema_domiciliarit_anziani_dic2013.pdf]

- il Servizio Sociale Territoriale in capo al Comune di Bologna che si occupa di valutare la situazione di bisogno in forma integrata con il servizio sanitario nell'ambito dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) semplificata composta da Assistente Sociale responsabile del caso e Infermiere;
- il Punto di Coordinamento Assistenza Primaria (PCAP) che costituisce uno snodo organizzativo dell'Azienda USL di Bologna e prevede la presenza di Infermieri che svolgono la valutazione multidimensionale e gestiscono le ammissioni a interventi socio-sanitari pubblici per la domiciliarità;
- il Servizio Sociale Ospedaliero (SSO) in capo all'Azienda USL che ha sede presso gli ospedali pubblici e si occupa della facilitazione delle dimissioni sia dagli ospedali pubblici sia dagli ospedali privati accreditati a favore di cittadini che necessitano di assistenza a domicilio, in collegamento con i Servizi territoriali;
- il Nucleo per la domiciliarità, in capo all'Azienda pubblica di Servizi alla Persona (ASP) Città di Bologna, a cui compete la definizione di dettaglio del Piano Individualizzato degli interventi a sostegno della domiciliarità;
- i soggetti gestori accreditati che si occupano della erogazione dei servizi socio-sanitari al domicilio;
- il terzo settore, attivo soprattutto nell'ambito della prevenzione e del sostegno alla fragilità, attraverso la costruzione di collaborazioni pubblico-privato attivate a livello locale;
- gli Assistenti Familiari, risorsa consistente sul territorio sia a livello di offerta sia a livello di domanda che deve essere sempre più integrata nella rete dei servizi sociali e socio-sanitari mediante funzioni di sostegno all'incrocio domanda-offerta, tutoring, monitoraggio e aiuto economico.

Le innovazioni che hanno portato alla definizione del Sistema di servizi a sostegno della domiciliarità risultano essere l'esito di una riflessione da parte dell'Amministrazione in merito alle criticità connesse all'organizzazione dei servizi a sostegno della domiciliarità di seguito riportate:

1. Calo della domanda da parte dei cittadini: negli ultimi anni la richiesta di assistenza domiciliare registrata dai Servizi Sociali Territoriali risulta in calo costante e ha determinato la diminuzione del numero di ore di servizio reso che risulta essere in controtendenza con l'aumento progressivo di grandi anziani nel nostro territorio e con il ricorso stabile alle strutture di accoglienza residenziale. Occorre precisare che la contrazione quantitativa dell'assistenza domiciliare non ha comportato di fatto una proporzionale riduzione dei costi a causa dell'aumento del costo unitario della prestazione, in particolare per effetto dell'accreditamento e dell'aumento del costo del lavoro.

Il cittadino continua quindi a soddisfare il proprio bisogno acquistando il servizio nel mercato privato in particolare acquisendo i servizi di cura tramite l'assunzione di assistenti familiari.

2. Limitazioni dell'offerta: la diminuzione delle risorse per lo sviluppo degli interventi di welfare, combinandosi con l'aumento del costo dei servizi (effetto dell'accreditamento e dell'aumento del costo del lavoro), ha prodotto una inevitabile diminuzione dell'offerta.

3. Modello prestazionale: il modello di erogazione per "singola prestazione" degli interventi domiciliari rallenta il processo di accesso ed erogazione dell'assistenza e lascia al cittadino il compito di ricomporre l'insieme degli interventi. Infatti si ipotizza che alcuni dei motivi che hanno condotto i cittadini a richiedere sempre meno l'intervento di assistenza domiciliare possano essere ricondotti alla frammentazione prestazionale, alla lunga catena nell'erogazione e alla tendenza a suddividere eccessivamente le ore nell'arco della giornata e della settimana. I tempi lunghi di avvio della valutazione dei nuovi casi incidono inoltre sulla possibilità di attivare l'intervento tempestivamente rispetto al manifestarsi dell'esigenza assistenziale.

Rispetto al tema della distribuzione delle risorse tra i differenti servizi erogati, da una analisi della documentazione attestante la ripartizione delle risorse rispettivamente del Fondo Sociale e del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza per l'anno 2012, emerge la netta prevalenza della

destinazione d'uso delle risorse dedicate all'area anziani all'erogazione di servizi residenziali che accolgono persone non autosufficienti. Nell'ambito di un sistema così impostato il rischio è che le persone anziane vengano prese in carico quando la condizione di non autosufficienza presenta un elevato livello di gravità e non vengano attivati interventi di prevenzione e promozione sociale e sanitaria che potrebbero migliorare la qualità della vita e rimandare il momento dell'istituzionalizzazione.

Il Distretto Città di Bologna, per il superamento delle criticità fin qui rappresentate, ha promosso alcune innovazioni rispetto al modello di assistenza domiciliare che sono state avviate e implementate nel corso degli anni 2013 e 2014, portando alla definizione del Sistema di servizi a sostegno della domiciliarità approvato con delibera di Giunta comunale del 22 luglio 2014 (P.G. n. 188445/2014).

L'obiettivo principale del Sistema di servizi a sostegno della domiciliarità consiste nel fornire una risposta più puntuale al bisogno rappresentato dai cittadini, per consentire lo sviluppo di percorsi di domiciliarità in stretta coerenza con le esigenze degli assistiti e dei loro caregiver, mediante un approccio più inclusivo.

A tale aspetto si aggiungono, tra le finalità del Sistema, i seguenti obiettivi:

- Semplificazione dei processi nella fase di valutazione e ammissione alle prestazioni, focalizzando l'attenzione sul bisogno e sulle conseguenti risposte possibili, piuttosto che sulla singola prestazione, mediante la riduzione delle liste di attesa per l'accesso e la valutazione del bisogno e la costruzione di un'unica linea d'intervento sulla domiciliarità che possa prevedere diverse prestazioni;
- Personalizzazione dei servizi in fase di definizione del Piano degli Interventi e adeguamento continuo in relazione al mutare del bisogno (aggravamento, urgenze, necessità di ricovero di sollievo, ecc.), attraverso l'instaurarsi di una relazione professionista-utente che sia per l'utente stesso un punto di riferimento costante nelle fasi di pianificazione e aggiornamento degli interventi, nonché di monitoraggio, garantendo una maggiore tempestività nell'attivazione degli interventi grazie all'attività di un gruppo di professionisti dedicato;
- Integrazione attraverso la valutazione multidimensionale semplificata che rappresenta lo snodo fondamentale per interpretare e affrontare, secondo logiche multiprofessionali integrate, i bisogni della popolazione anziana, favorendo il coordinamento degli interventi sociali, sanitari, sociosanitari e degli eventuali servizi privati acquisiti dal nucleo.

Al fine di consentire il raggiungimento degli obiettivi descritti sono state declinate dal Comune di Bologna alcune azioni innovative specifiche:

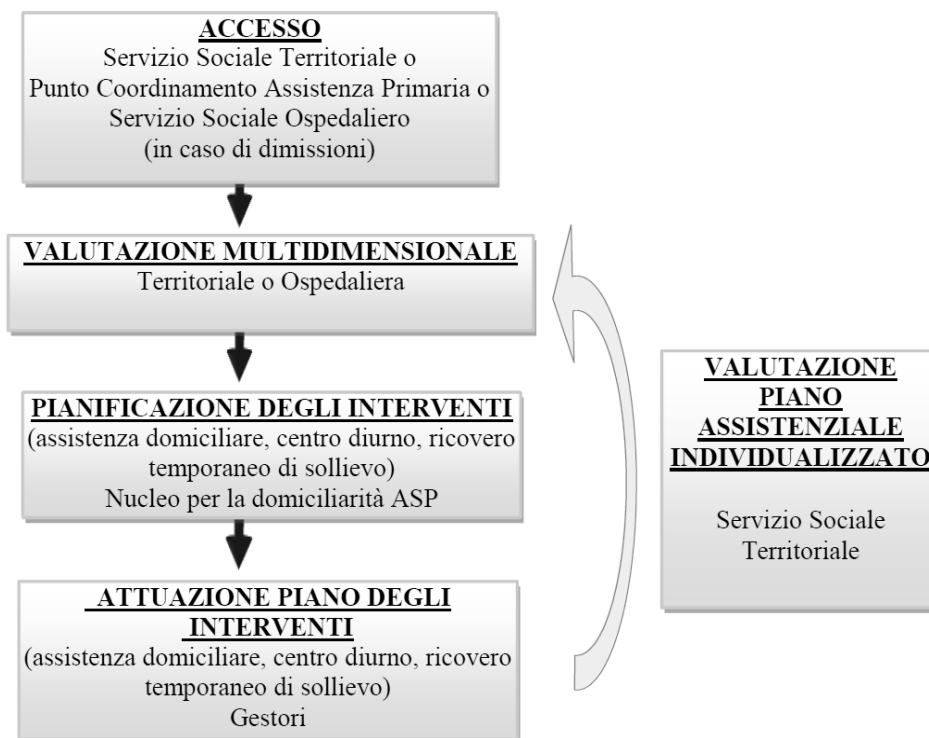
- 1) valutazione socio-sanitaria mediante Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) semplificata effettuata dall'Assistente Sociale responsabile del caso e dall'Infermiere attraverso cui viene rilevato il bisogno, definiti gli obiettivi in termini di mantenimento o miglioramento, le strategie di intervento e il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) con la proposta di ammissione a servizi sociali e socio-sanitari quali l'assegno di cura, il centro diurno, l'assistenza domiciliare, il ricovero temporaneo di sollievo;
- 2) introduzione dei Profili Assistenziali come strumento di valutazione integrata in caso di ammissione ai servizi a sostegno della domiciliarità che valuta il livello di bisogno assistenziale della persona e la capacità della rete di farsene carico;
- 3) definizione del Piano Individualizzato degli Interventi (PII) tramite i Nuclei per la domiciliarità in capo all'ASP Città di Bologna composti da operatori (Assistenti Sociali e Responsabili delle attività assistenziali) che concordano con l'utente e/o il caregiver l'attivazione degli interventi previsti dal Profilo Assistenziale, costituendo quindi il punto di riferimento principale per l'utente mediante la costruzione di una relazione di prossimità con lo stesso, e monitorano gli interventi programmati mediante contatti diretti con il soggetto gestore accreditato;

- 4) integrazione degli interventi effettuati da Assistenti famigliari nel Sistema di servizi a sostegno della domiciliarità attraverso funzioni di orientamento, supporto alla ricerca, monitoraggio e contributi per l'assunzione;
- 5) attribuzione al Servizio Sociale Ospedaliero di funzioni inerenti le prestazioni al domicilio per le dimissioni protette.

Tali innovazioni, proposte in sede di programmazione e successivamente deliberate (Delibera di Giunta comunale P.G. n. 188445/2014), sono state sperimentate da gennaio 2014 presso tre Quartieri cittadini e implementate a maggio 2014 su tutto il territorio cittadino.

Di seguito è riportato lo schema di flusso del Sistema in cui sono indicati gli attori e le relative principali funzioni Fig. 1.

Fig. 1 - Schema di flusso Sistema di servizi a sostegno della domiciliarità



2. Il disegno della ricerca

Lo studio valutativo oggetto del presente elaborato viene commissionato dal Responsabile dell'Ufficio Fragilità, Non Autosufficienza e Disabilità del Comune di Bologna nell'aprile 2014, con il chiaro mandato di valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi fondanti le innovazioni relative ai servizi a sostegno della domiciliarità promosse sul territorio cittadino. La ricerca si sviluppa in una fase in cui il nuovo modello organizzativo non risulta essere completamente implementato a livello cittadino e ci si trova in presenza di una forte disomogeneità territoriale che si manifesta in particolare mettendo a confronto i Quartieri di sperimentazione con gli altri. Gli ambiti territoriali specifici cui farà riferimento la ricerca sono identificati in sei aree cittadine del Comune di Bologna che comprendono uno o più Quartieri.

La principale domanda valutativa che motiva la presente ricerca consiste nella rilevazione del livello di raggiungimento degli obiettivi di semplificazione, personalizzazione e integrazione

dichiarati dai decisori e quindi riguarda il livello di *efficacia* del sistema, valutato attraverso l'analisi della percezione dei beneficiari e degli operatori dei servizi coinvolti rispetto al processo di innovazione.

Il disegno della ricerca ha previsto le fasi di seguito descritte:

- Prima fase: studio e conoscenza del contesto di ricerca, determinazione degli obiettivi della ricerca.
- Seconda fase: definizione operativa della ricerca sociale composta da due ambiti specifici:
 - 1) Ricerca quantitativa sulla qualità percepita dai cittadini che usufruiscono dei servizi a sostegno della domiciliarità mediante:
 - la pianificazione della ricerca;
 - la scelta dello strumento di indagine e delle modalità di somministrazione;
 - la definizione di un campione rappresentativo dell'universo indagato;
 - la costruzione dello strumento di indagine (questionario);
 - il pre-test dello strumento;
 - la somministrazione e raccolta dei questionari;
 - l'elaborazione e interpretazione dei dati.
 - 2) Ricerca qualitativa finalizzata principalmente ad indagare il grado di soddisfazione degli operatori rispetto al nuovo modello organizzativo, mediante:
 - la selezione dei testimoni da intervistare sulla base dell'analisi della composizione dell'insieme degli stakeholder;
 - la costruzione di griglie di interviste semi-strutturate;
 - lo svolgimento di interviste ad operatori e figure professionali coinvolte nei vari Quartieri;
 - l'analisi e successiva elaborazione e interpretazione del contenuto delle interviste.
- Terza fase: restituzione dei risultati della ricerca.

È riportata nella Tab. 1 la rappresentazione grafica delle tempistiche in cui si sono realizzate le differenti fasi della ricerca.

Tab. 1 – Cronogramma

Fasi/Tempi	Apr 2014	Mag 2014	Giu 2014	Lug 2014	Ago 2014	Sett 2014	Ott 2014	Nov 2014	Dic 2014	Gen 2015	Feb 2015	Mar 2015
Definizione del contesto												
Osservazione												
Interviste												
Questionari												
Elaborazione												
Riconsegna												

La ricerca ha coinvolto una molteplicità di attori/stakeholder, da un lato utenti e caregiver, dall'altro operatori di Servizi Sociali Territoriali del Comune di Bologna, Nuclei per la domiciliarità di ASP e operatori dell'Azienda USL. L'uso congiunto di tecniche quantitative e qualitative ha consentito di analizzare il fenomeno osservato da punti di vista diversi, assicurando un livello di comprensione che non sarebbe stato raggiunto con l'applicazione di un unico metodo di ricerca.

Lo studio, essendo stato svolto in itinere, offre la preziosa possibilità di fornire informazioni utili al fine di modificare il modello, in vista di un miglioramento continuo dei servizi erogati finalizzato al raggiungimento degli obiettivi prefissati in fase di programmazione.

3. La qualità percepita da parte dei beneficiari dei servizi

3.1 Il questionario

Si è deciso di indagare la qualità percepita da parte dei beneficiari dei servizi attraverso l'utilizzo di un questionario. Nel periodo settembre-ottobre 2014 è stato costruito lo strumento da utilizzarsi per effettuare l'indagine, sono state concordate con i responsabili dei servizi coinvolti le modalità di somministrazione ed è stato condiviso lo strumento con gli operatori, al fine di verificarne la fattibilità di somministrazione e la chiarezza dei contenuti attraverso un pre-test.

La costruzione dello strumento è stata avviata a partire dagli obiettivi di semplificazione, personalizzazione e integrazione del nuovo modello di assistenza domiciliare esplicitati dai decisori. Mediante un processo di concettualizzazione i macro obiettivi sono stati quindi scomposti in concetti più ristretti al fine di consentire l'osservazione, l'acquisizione dei dati, la loro organizzazione logica e l'interpretazione (Bezzi, 2000). Sono stati pertanto scomposti i tre macro obiettivi di semplificazione, personalizzazione e integrazione in alcune aree relative a specifiche caratteristiche di qualità, a loro volta declinate in obiettivi specifici, connessi successivamente a domande che hanno composto il questionario e permesso di rilevare l'opinione dell'utente (Tab. 2).

Tab. 2 - Concettualizzazione: macro obiettivi - caratteristiche di qualità - obiettivi specifici – domande del questionario

Macro obiettivi	Caratteristiche di qualità	Obiettivi specifici	Domanda questionario	
Semplificazione	Accessibilità e tempestività in fase di accesso e valutazione del bisogno	Semplificazione dei processi nella fase di valutazione e ammissione alle prestazioni	Domanda n. 24) Esprima il suo grado di soddisfazione riguardo a: Tempi di attesa che sono stati necessari per ottenere il servizio	
		Focus sul bisogno e sulle conseguenti risposte possibili, piuttosto che sulla singola prestazione	Domanda n. 6) Di quali servizi a sostegno della domiciliarità usufruisce e da quanto tempo?	
	Trasparenza e chiarezza dell'informazione e dei processi comunicativi	Chiarezza delle informazioni diffuse alla cittadinanza		Domanda n. 11) Da chi è venuto a conoscenza dell'esistenza del/i servizio/i?
				Domanda n. 24) Esprima il suo grado di soddisfazione riguardo a: Chiarezza rispetto alle modalità di accesso al servizio
				Domanda n. 24) Esprima il suo grado di soddisfazione riguardo a: Chiarezza rispetto alla documentazione da presentare per l'istruttoria
		Chiarezza rispetto ai punti di riferimento assistenziali	Domanda n. 22) Riesce ad individuare facilmente l'operatore cui si deve rivolgere per avere informazioni o consulenza?	
		Tempestività nella comunicazione in uscita (cambi di programma rispetto agli interventi attivati) e in entrata (rintracciabilità dei referenti)		Domanda n. 15) È d'accordo con queste affermazioni (riferite all'assistenza domiciliare)? "I cambi degli operatori/orari sono comunicati con sufficiente anticipo"
				Domanda 23) Riesce a contattare in tempi brevi/utili l'operatore cui si deve rivolgere?
				Domanda n. 27) In caso di bisogno improvviso nella gestione delle attività quotidiane a chi si rivolge?
				Domanda n. 24) Esprima il suo grado di soddisfazione riguardo a: Disponibilità sia telefonica, sia a venire di persona, degli operatori con cui ha accordato le modalità del servizio
Personalizzazione del piano assistenziale individualizzato e degli interventi	Coinvolgimento del caregiver in fase di definizione del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato) e del PII (Piano Individualizzato degli Interventi)	Domanda n. 21) Si è sentito coinvolto nelle decisioni relative all'ammissione e attivazione dei servizi?		
	Offrire punti di riferimento	Domanda n. 15) È d'accordo con queste affermazioni? "Gli		

		assistenziali per gli utenti (ridotto turnover degli operatori)/Capacità di creare una relazione di fiducia tra gli operatori (OSS) e l'assistito o i caregiver	operatori sono cortesi e disponibili" , "Gli operatori sono professionalmente preparati", "Gli operatori sono quasi sempre gli stessi", "Gli operatori sono puntuali e rispettano i tempi di lavoro", "C"è una buona comunicazione con gli operatori"
	Efficacia e appropriatezza degli interventi	Offrire risposte al bisogno rappresentato dall'anziano e dalla sua famiglia che rispondano alle aspettative degli stessi attraverso la rilevazione della qualità percepita	Domanda n. 17) Nell'ultimo mese quanti operatori diversi si sono recati al domicilio per l'assistenza?
			Domanda n.12) Esprima il suo grado di soddisfazione rispetto alla qualità del/i servizio/i di cui ha usufruito
			Domanda n. 13) Esprima il suo grado di soddisfazione riguardo alle attività svolte dagli operatori, se usfruite.
			Domanda n. 15) È d'accordo con queste affermazioni?L'insieme dei servizi che riceve ogni settimana risponde alle sue esigenze
			Domanda n. 14) In quali altre attività vorrebbe essere aiutato?
			Domanda n. 16) Quali sono tra gli aspetti elencati quelli che ritiene più importanti? (rispetto al servizio reso dagli operatori dell'assistenza domiciliare)
			Domanda n. 18) Se riceve il pasto l'orario di consegna è compatibile con le sue esigenze? Domanda n. 19) La qualità del pasto è di suo gradimento? Domanda n. 20) Indicare eventuali criticità
			Domande n. 24) Esprima il suo grado di soddisfazione riguardo a: Costo sostenuto Domanda n. 24)Esprima il suo grado di soddisfazione riguardo a: Al fatto che i servizi ricevuti rispondano ai suoi bisogni
	Adeguamento dell'intervento in relazione al mutare del bisogno (aggravamento, necessità di ricovero di sollievo, ecc.)	Domanda n. 28) Nel caso in cui sia stato in difficoltà temporanea per questioni di salute o per riduzione dell'assistenza da parte di parenti e badante, l'ha segnalato all'assistente sociale?	
Domanda n. 29) Sono stati attivati tutti i servizi che secondo lei sarebbero stati necessari per rispondere al bisogno?			
Domanda n. 15) È d'accordo con queste affermazioni? "Gli orari sono flessibili e si adeguano alle sue esigenze"			
Costruire una valida proposta alternativa all'istituzionalizzazione	Domanda n.30) Si sentirebbe più sicuro se: - Potesse avere a disposizione più ore di assistenza domiciliare; - Potesse disporre di un servizio attivo 24h su 24h per comunicare tramite video e/o audio con un operatore disponibile per conversare e aiutarla in caso di bisogno; - Potesse essere inserito in una struttura che si prenda cura di lei; -Altro		
Integrazione	Integrazione interistituzionale	Continuità assistenziale in caso di dimissione protetta	Domanda n. 25) Ha usufruito del percorso di dimissioni protette? Domanda n. 26) Se sì, è stata per lei difficoltosa l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare a conclusione di tale periodo?
		Integrazione tra pubblico e privato	Integrazione degli interventi dei servizi sociali territoriali con quelli acquistati privatamente dal cittadino o offerti dal caregiver
		Domanda n. 32) Con chi vive l'anziano?	Domanda n. 32) Nel caso in cui l'anziano viva con la badante riceve un contributo economico da parte del Comune a sostegno delle spese? Domanda n. 30) Si sentirebbe più sicuro se: Potesse avere a disposizione una persona 24 h su 24h (badante)

Le domande così definite sono state organizzate nel questionario in cinque aree:

1. informazioni generali sul beneficiario dei servizi;
2. informazioni sui servizi usufruiti;
3. qualità percepita dei servizi resi;
4. qualità percepita dell'organizzazione dei servizi;
5. altre informazioni.

In fase di analisi dei dati ad ogni domanda sono stati attribuiti degli indicatori di qualità percepita che riportano, attraverso una sintesi numerica, quanto percepito dagli utenti in termini di qualità rispetto al servizio di cui beneficiano.

3.2 Aspetti metodologici: popolazione, campionamento e somministrazione dei questionari

L'ambito spaziale di riferimento dello studio di valutazione è costituito dal territorio del Comune di Bologna. L'unità di analisi della ricerca risulta costituita da coloro che beneficiano del servizio di assistenza domiciliare e servizi connessi, in particolare servizio pasti. Ne consegue che la popolazione comprende 909 persone che usufruiscono di prestazioni di assistenza domiciliare e servizi connessi, in particolare servizio pasti (dato di flusso del novembre 2014).

Non essendo possibile intercettare l'intera popolazione per la compilazione del questionario si è deciso di limitarsi ad una parte di questa, utilizzando un campionamento non probabilistico. Sono stati coinvolti coloro i quali entravano in contatto con gli operatori del Nucleo per la domiciliarità nel momento della visita domiciliare di verifica del Piano degli interventi (entro il primo o sesto mese dall'attivazione del piano oppure al bisogno), definendo a priori un periodo di tempo per le somministrazioni e sfruttando gli accessi già calendarizzati dagli operatori, pur mantenendo come obiettivo il raggiungimento di almeno il 15% della popolazione (circa 150 persone). La scelta di coinvolgere gli operatori dei Nuclei per la domiciliarità per la somministrazione dei questionari è frutto di una mediazione che tiene in considerazione le risorse, i tempi e l'implicazione degli operatori/somministratori nelle domande poste al cittadino. Il questionario è stato presentato al cittadino tramite comunicazione formale scritta del Comune di Bologna consegnata al momento della somministrazione e la compilazione è avvenuta in forma anonima.

Complessivamente sono stati pertanto somministrati 151 questionari di cui è stata verificata la rappresentatività in relazione alle variabili:

- Quartiere di residenza;
- tipologia di servizio usufruita (assistenza domiciliare e servizio pasti).

3.3 Le caratteristiche del campione di riferimento

Le informazioni raccolte attraverso il questionario sono principalmente rivolte al diretto beneficiario del servizio. Considerate le caratteristiche del target di utenza, in alcuni casi non è stato possibile procedere alla somministrazione diretta al beneficiario, ma il questionario è stato compilato da altre figure. In particolare il 48,34% dei questionari raccolti sono stati compilati dall'assistito, il 35,1% da un familiare, l'1,32% da amici o conoscenti. Nel 14,57% dei casi il questionario è stato compilato congiuntamente dall'assistito e da un familiare/altra figura. Il restante 0,66 % è costituito da dati mancanti.

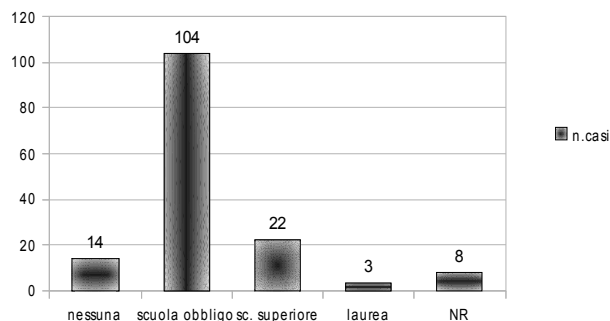
Per quanto riguarda l'analisi del campione di riferimento, composto da 151 casi, si rileva che il 35,1% è costituito da uomini e il 61,59% da donne. Il 3,31% mancante corrisponde alle non risposte.

L'età media è pari ad anni 81,72. La persona anagraficamente più giovane ha 54 anni, mentre la persona anagraficamente meno giovane ha 103 anni, si rileva inoltre che il 50% del campione ha

più di 83 anni. La quasi totalità delle persone dichiara di essere di nazionalità italiana (93,38%), 3 casi sono di nazionalità straniera (1,99%). Il 4,64% degli intervistati non ha risposto alla domanda.

La distribuzione del campione per titolo di studio è riportata nel grafico seguente (Graf. 1).

Graf. 1 - Grado di istruzione dei beneficiari



Per quanto riguarda la composizione del nucleo di coabitazione delle persone che usufruiscono dei servizi, il campione è così rappresentato (Tab. 3):

Tab. 3 - Con chi vive il beneficiario

Con chi vive il beneficiario	%
Da solo	49,67
Con figlio/i	13,25
Con figlio/i e coniuge/convivente	2,65
Con coniuge/convivente	24,5
Con coniuge/convivente e badante	1,32
Con badante	3,31
Con altri parenti	4,64
NR	0,66
Totale	100

Si nota che circa la metà del campione vive sola in casa; tra i familiari conviventi prevalgono la figura del coniuge/convivente (28,48%) e del figlio (15,89%). Per quanto riguarda la durata del periodo di erogazione dei servizi attivati si rileva che il campione è composto, per circa un terzo, da persone che usufruiscono di servizi da meno di un anno, il 55% dei casi risulta beneficiare dei servizi da alcuni anni e, più precisamente, da 1 a 5 anni (Tab. 4).

Tab. 4 - Durata del periodo di erogazione dei servizi

Anni di erogazione dei servizi	Valore assoluto	Valore percentuale
Meno di un anno	47	31,13
Da 1 a 5	83	54,97
Da 6 a 10	13	8,61
Da 11 a 15	2	1,32
Da 16 a 20	2	1,32
NR	4	2,65
Totale	151	100

Delle persone ammesse al servizio da meno di un anno la maggior parte riferisce di essere ammessa da circa 2-6 mesi (57,45%).

Per quanto riguarda la modulazione degli interventi attivi, si rileva che le persone che usufruiscono dell'assistenza domiciliare (in totale 150) hanno Piani Individualizzati degli Interventi che prevedono, in base a quanto dichiarato, una media di 5,17 accessi settimanali, per 1,33 volte al giorno, per una durata di 1,33 ore giornaliere. Si rileva inoltre che, escludendo i 7 casi che non hanno fornito risposta in merito, per ogni utente del campione vengono erogate in media 7,16 ore alla settimana, corrispondenti a 28,64 ore al mese. Facendo una proiezione di tale valore rispetto all'intera popolazione (909 unità), il numero mensile di ore erogato risulta realistica, anche se leggermente sovrastimata.

4. Il punto di vista degli operatori: oggetto di analisi e metodologia³

Il punto di vista degli operatori che hanno la responsabilità della presa in carico dell'utenza e che si trovano a contatto con i cittadini è stato indagato mediante interviste semi-strutturate. Si è cercato di riprodurre la pluralità di ruoli e di atteggiamenti presenti nel contesto, includendo tra gli intervistati persone che appartenessero ad ambienti eterogenei e potessero testimoniare aspetti, esperienze e professionalità diversi del fenomeno studiato. Il gruppo di riferimento è costituito nel complesso da 24 operatori, che sono stati selezionati in base all'appartenenza istituzionale, alla professionalità e al Quartiere in cui lavorano, con l'obiettivo di "rappresentare" il più possibile i professionisti che sono coinvolti, anche se in momenti e con ruoli diversi, nel sistema dei servizi⁴.

Abbiamo così intervistato, per ciascun Quartiere, un Assistente sociale dei Servizi Sociali Territoriali del Comune di Bologna (complessivamente n. 6), un Assistente sociale dei Nuclei per la domiciliarità di ASP per ciascun Quartiere (complessivamente n. 6), un Responsabile delle attività assistenziali dei Nuclei per la domiciliarità di ASP (complessivamente n. 6) e un Infermiere del Dipartimento Cure Primarie dell'Azienda USL (complessivamente n. 6).

La traccia di intervista si articola in tre livelli di analisi del nuovo Sistema di servizi a sostegno della domiciliarità. Tali ambiti di approfondimento, oggetto dell'intervista riguardano:

1. efficacia, coerenza in termini di risposta al bisogno e funzionamento del sistema di servizi;
2. percezione degli operatori del grado di soddisfazione degli utenti;
3. soddisfazione e valorizzazione del lavoro dei professionisti coinvolti.

Ogni ambito è stato poi scomposto nella traccia di intervista nelle sue dimensioni costitutive, in domande primarie che introducono un tema e domande secondarie finalizzate ad articolare ed approfondire l'argomento della domanda primaria.

5. Esiti dell'analisi dei questionari e delle interviste

L'intervista e il questionario, facendo parte di un unico disegno di ricerca condiviso in tutte le sue parti, ed avendo entrambi come fine conoscitivo primario la verifica del raggiungimento degli obiettivi del Sistema di servizi a sostegno alla domiciliarità, presentano principalmente temi che risulta utile e interessante rappresentare in maniera integrata, oltre ad alcune tematiche che non sono

³ La ricerca qualitativa che ha indagato il punto di vista degli operatori coinvolti è stata effettuata da Irene Fulceri, Sociologa, con cui ho personalmente collaborato durante tutte le fasi del disegno di ricerca e che ringrazio per il lavoro svolto insieme.

⁴ Si è scelto di non intervistare gli operatori in capo al gestore accreditato che si occupano della realizzazione degli interventi in quanto focus della ricerca sono state le fasi di accesso, valutazione e definizione del PAI e dei PII che vedono coinvolti operatori in capo a Servizio Sociale Territoriale, Azienda USL e ASP Città di Bologna.

direttamente confrontabili in quanto indagano aspetti specifici riguardanti i differenti ruoli di operatori e beneficiari dei servizi.

Si cercherà pertanto di far interagire, in tale paragrafo, i contenuti emersi dal confronto con gli attori coinvolti nel percorso di valutazione tenendo conto dei loro differenti punti di vista con particolare riferimento agli obiettivi alla base del modello (semplificazione, personalizzazione e integrazione).

Per quanto riguarda l'obiettivo di semplificazione del Sistema di servizi a sostegno della domiciliarità, uno degli aspetti rilevati riguarda il livello di chiarezza dei punti di riferimento assistenziali per il cittadino.

Secondo quanto riportato dagli operatori gli utenti non riescono ancora ad orientarsi nel nuovo sistema dei servizi e viene inoltre riferita poca fluidità rispetto allo scambio di informazioni fra i vari attori che compongono il sistema. Spesso gli operatori fanno riferimento alla frammentazione e confusione del sistema dovuti alla presenza di differenti punti di riferimento assistenziali che il cittadino incontra nelle differenti fasi del processo di aiuto. Tuttavia emerge che, una volta che il cittadino è riuscito ad ottenere il servizio, sembra che il feedback in termini di soddisfazione sia buono e che le problematiche che il cittadino manifesta non siano da imputare al nuovo modello, piuttosto alle modalità organizzative e lavorative degli operatori domiciliari in capo al gestore accreditato. La fiducia del cittadino rispetto al sistema pare pertanto aver raggiunto un buon livello, in particolare laddove si riesca ad ottenere una risposta al proprio bisogno.

Rispetto a queste tematiche, dai questionari non emerge una valutazione negativa da parte dei cittadini. Per quanto riguarda infatti la chiarezza rispetto ai punti di riferimento assistenziali il 74,17% del campione afferma di riuscire ad individuare facilmente l'operatore cui si deve rivolgere per avere informazioni o consulenza, il 2,65% ha risposto negativamente, mentre il 14,57% è parzialmente soddisfatto di tale aspetto. Si rileva un buon livello di soddisfazione dei cittadini rispetto alla chiarezza delle informazioni relative alle modalità di accesso e alla documentazione da presentare in fase di istruttoria. È inoltre riportato dai beneficiari dei servizi un buon livello di disponibilità sia telefonica, sia a recarsi al domicilio di persona degli operatori con cui sono state accordate le modalità di erogazione del servizio: il 51,66% delle persone è infatti molto soddisfatto, mentre il 35,76% è abbastanza soddisfatto in merito a questo.

Oltre alla chiarezza e trasparenza delle informazioni e dei processi comunicativi, la tempestività è una caratteristica di qualità che è stata indagata sia attraverso le interviste, sia attraverso il questionario.

Dall'analisi delle interviste emerge che il nuovo modello del Sistema di servizi a sostegno della domiciliarità risponde tempestivamente ai bisogni degli utenti nella fase che riguarda l'attivazione e il monitoraggio dei servizi, di competenza del Nucleo per la domiciliarità. Nella prima fase di accesso tramite il Servizio Sociale Territoriale e/o il PCAP, che prevede la valutazione e presa in carico, è riferita, da parte degli operatori, una maggiore problematicità rispetto ai tempi di attesa che spesso sono descritti come eccessivi. L'introduzione della UVM semplificata, che ha previsto il coinvolgimento dell'Infermiere, è stata riferita dai professionisti come una delle cause dell'allungamento dei tempi di valutazione per l'assistenza domiciliare. Gli Assistenti sociali del Servizio Sociale Territoriale e gli Infermieri non sempre riescono a svolgere l'UVM in sede congiunta a causa di difficoltà organizzative e dei tempi di lavoro molto serrati, e questo potrebbe trasformare tale modalità di lavoro in un mero adempimento burocratico. Dai questionari emerge invece una generale soddisfazione dei cittadini rispetto ai tempi di attesa necessari per ottenere i servizi: il 49% risulta infatti molto soddisfatto e il 41,72% abbastanza soddisfatto. Rispetto alla tempestività delle comunicazioni il 77,48% dei casi dichiara di riuscire a contattare l'operatore cui si deve rivolgere in tempi brevi/utili, lo 0,66% ha risposto negativamente, l'11,26% in parte, il 5,96% ha dichiarato di non sapere rispondere, mentre il 4,64% non ha risposto. Più critica appare l'area della comunicazione "in uscita" tra soggetti gestori dei servizi accreditati e utenti, rispetto alla comunicazione "in entrata". Si rileva infatti che i cambi degli operatori o degli orari sono

comunicati, da parte dei soggetti gestori, con sufficiente anticipo nel 34% dei casi, il 29% del campione afferma invece che questo non avviene e il 24% che avviene in parte; tale ambito può essere pertanto considerato parzialmente critico.

Per quanto riguarda l'obiettivo della personalizzazione del Sistema di servizi a sostegno della domiciliarità, gli aspetti rilevati riguardano principalmente tre ambiti: la relazione tra utenti e operatori (sia del Servizio Sociale Territoriale, sia del Nucleo per la domiciliarità, sia delle cooperative nel ruolo di operatori socio-sanitari); la qualità del servizio reso; il coinvolgimento da parte degli operatori degli utenti e dei caregiver nella fase di definizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), di competenza del Servizio Sociale Territoriale, e del Piano Individualizzato degli Interventi (PII), di competenza del Nucleo per la domiciliarità. Nella definizione del PII è compreso anche l'aspetto dell'adeguamento dell'intervento in relazione al mutare del bisogno dell'utente e la conseguente capacità di offrire risposte adeguate.

In questo caso, a differenza di quanto rilevato rispetto all'obiettivo di semplificazione, la percezione degli operatori e quanto invece rilevato tramite i questionari somministrati agli utenti è tendenzialmente convergente.

Le principali problematiche che vengono riferite dagli utenti, secondo gli operatori intervistati, riguardano soprattutto gli operatori socio-sanitari e sono relative al turnover, al fatto che non sia sempre garantita l'erogazione degli interventi al domicilio negli orari programmati e concordati, alla scarsa professionalità degli operatori, alla presenza di operatori uomini (non sempre gradita dalle donne anziane) e di operatori stranieri. Tuttavia queste criticità esistevano anche prima del nuovo modello, quindi non paiono da mettere in collegamento con questo. Viene citata da un numero significativo di intervistati la scarsa qualità del pasto, anch'esso dato non direttamente ascrivibile al nuovo modello di servizi.

Parimenti, dall'indagine condotta tramite i questionari somministrati agli utenti, emerge che le maggiori criticità relative alla qualità percepita dei servizi resi riguardano gli ambiti della relazione tra utente e operatore socio-sanitario e del servizio pasti. Si rileva che il 43,71% e il 25,17% del campione ha risposto rispettivamente "no" e "in parte" alla domanda "gli operatori sono quasi sempre gli stessi", indice di un elevato turnover che, in media, consiste in 5,19 modifiche dell'operatore di riferimento al mese. Il 78,05% delle persone che hanno espresso il proprio livello di soddisfazione rispetto al servizio pasti riferisce di essere molto o abbastanza soddisfatto. Ne consegue che il 21,95% degli intervistati è poco o per nulla soddisfatto del servizio pasti.

Da quanto riportato dagli operatori i familiari, laddove presenti, sono sempre tenuti in considerazione nella progettazione assistenziale, e questa risulta essere una metodologia di intervento ormai consolidata. Secondo quanto affermato dagli operatori, nel complesso gli utenti si dimostrano soddisfatti, in particolare della vicinanza che sentono dal contatto con i Nuclei per la domiciliarità. È infatti il Nucleo per la domiciliarità l'interfaccia più diretto per il cittadino e i familiari e l'attore che, per la sua posizione, si occupa di tenere maggiormente i rapporti con i familiari. La frequenza dei contatti tra Nuclei per la domiciliarità e utenti e familiari, e il fatto che i Nuclei si rendano disponibili e reperibili, danno una sicurezza maggiore al cittadino, che ha un punto di riferimento da contattare per qualsiasi problema, e rendono il PII velocemente adattabile alle eventuali modifiche del bisogno dell'utente, in particolare a seguito di particolari aggravamenti delle condizioni sociosanitarie.

Anche dall'analisi dei questionari è emerso un giudizio in gran parte positivo sul livello di coinvolgimento del beneficiario dei servizi, o di chi ne fa le veci, rispetto alle decisioni relative all'ammissione e attivazione dei servizi, così come sulla tempestività dell'attivazione di servizi assistenziali, sociali o socio-sanitari, in fase di emergenza e sul ruolo di facilitazione eventualmente svolto dall'Assistente sociale.

Terzo obiettivo delle innovazioni apportate dal Sistema di servizi a sostegno della domiciliarità è l'aumento dell'integrazione a più livelli: integrazione socio-sanitaria attraverso la valutazione

multidimensionale semplificata; integrazione tra Servizio Sociale Territoriale e Nucleo per la domiciliarità; integrazione dei profili assistenziali con gli interventi degli Assistenti Familiari; integrazione tra Servizio Sociale Ospedaliero e Servizio Sociale Territoriale.

Il raggiungimento di tale obiettivo è stato maggiormente indagato attraverso le interviste piuttosto che mediante i questionari. Nelle interviste ci si è focalizzati sull'integrazione tra le diverse professionalità e appartenenze istituzionali coinvolte, mentre attraverso i questionari è stato indagato il livello di soddisfazione del cittadino rispetto al servizio di dimissioni protette e alla continuità assistenziale.

Per quanto riguarda l'integrazione sia tra Assistente sociale del Servizio Sociale Territoriale e Infermiere, sia tra Servizio Sociale Territoriale e ASP, dalle interviste emerge una grande variabilità nelle risposte che non è possibile ricondurre all'appartenenza professionale né istituzionale, ma piuttosto al Quartiere di appartenenza. In alcuni Quartieri viene rilevato un buon livello di integrazione socio-sanitaria in sede di valutazione multidimensionale, consolidato anche sulla base di precedenti esperienze avviate sul territorio che hanno determinato una sufficientemente chiara suddivisione dei ruoli e delle competenze dei professionisti. In altri Quartieri emerge che la differenza di approccio tra figure professionali rappresenta ancora un ostacolo, ma che comunque si sta avviando un percorso di integrazione.

Un ulteriore livello di integrazione è quello che si sta verificando all'interno dei Nuclei per la domiciliarità, tra Assistente sociale e Responsabile delle attività assistenziali. Questi hanno avuto inizialmente delle difficoltà nel far riconoscere le specificità della propria professione, perché nel lavoro quotidiano Assistente sociale e Responsabile delle attività assistenziali si trovano a svolgere compiti simili. Con il passare del tempo tuttavia anche queste due figure professionali si stanno integrando.

Per quanto riguarda l'integrazione tra Servizio Sociale Territoriale e ASP Città di Bologna ci sono dei Quartieri in cui questo processo si sta avviando più velocemente, altri in cui ci sono delle resistenze e delle difficoltà, legate anche alle rispettive competenze che non sono ancora del tutto comprese dagli operatori. In generale la percezione degli operatori rispetto a questo tema è che l'integrazione sia ancora un obiettivo da raggiungere e su cui tutti gli attori coinvolti devono lavorare. Tali aspetti, avendo una elevata connotazione tecnica, non sono stati indagati da parte del cittadino mediante i questionari poiché avrebbero reso complessa la somministrazione dello strumento.

Per quanto riguarda invece l'integrazione dei profili assistenziali con gli interventi degli Assistenti Familiari emerge da quasi tutti gli operatori intervistati che gli Assistenti Familiari non vengono coinvolti, salvo casi residuali, nella progettazione assistenziale dell'anziano. Infatti, tendenzialmente, l'assistenza domiciliare viene attivata a favore degli utenti che non possono contare sulla presenza di una figura di aiuto quotidiana. Questo aspetto pare essere in contrasto con quanto definito dal modello rispetto all'obiettivo di integrazione. Attraverso il monitoraggio effettuato dal Nucleo per la domiciliarità si sarebbe dovuto garantire infatti, in un'ottica promozionale e preventiva, il controllo della qualità del servizio reso alla famiglia e un intervento più tempestivo in caso di insufficienza dell'intervento dell'assistenza privata per aggravamento della situazione. Sono a tal fine stati attivati percorsi per coinvolgere e formare gli Assistenti Familiari, gestiti prevalentemente da ASP Città di Bologna. Inoltre la presenza di Responsabili delle attività assistenziali all'interno dei Nuclei per la domiciliarità avrebbe dovuto avere anche l'obiettivo di favorire il monitoraggio e la formazione in situazione degli Assistenti Familiari. Da quanto riferito da una Responsabile delle attività assistenziali durante un'intervista, l'obiettivo pare essere chiaro e condiviso da parte dei professionisti, ma non ancora effettivamente raggiunto.

La ridotta integrazione degli interventi dei Servizi Sociali Territoriali con quelli acquistati privatamente dal cittadino o offerti dal caregiver, è rilevata anche attraverso i questionari: infatti solo il 4,64% del campione vive con un Assistente Familiare, si tratta di 7 casi su 151; inoltre

ricevono un contributo economico da parte dei servizi pubblici 3 di questi casi, in un caso il costo della retribuzione è completamente a carico dell'assistito, i restanti non hanno risposto.

Infine, per quanto riguarda l'integrazione tra Servizio Sociale Ospedaliero e Servizio Sociale Territoriale, dai questionari si rileva che più della metà delle persone che ha usufruito del percorso di dimissioni protette non ha trovato difficoltà rispetto all'attivazione del servizio di assistenza domiciliare a conclusione del periodo di dimissioni protette, mentre il 10,42% ha trovato difficoltà.

Alcuni aspetti indagati esclusivamente attraverso le interviste riguardano la soddisfazione lavorativa dei professionisti coinvolti e la valutazione in merito agli strumenti di lavoro introdotti contestualmente all'implementazione delle innovazioni. Per quanto riguarda la soddisfazione lavorativa degli operatori intervistati emerge in modo chiaro come gli Assistenti sociali del Servizio Sociale Territoriale dimostrino una forte insoddisfazione nel loro lavoro, sia in generale, sia più specificamente per quanto riguarda il loro ruolo all'interno del nuovo modello, in quanto pur rimanendo responsabili del caso, perdono il contatto con l'utente e percepiscono il proprio lavoro come impiegatizio e burocratico. Gli Infermieri partecipano a una piccola parte del processo assistenziale in sede di UVM, e in questa fase percepiscono il loro ruolo come un adempimento faticoso piuttosto che come una gratificazione, in quanto è stato affidato loro questo compito senza aggiungere delle unità di personale. Dall'altro lato entrambe le figure del Nucleo per la domiciliarità, Assistenti sociali e Responsabili delle attività assistenziali, si ritengono soddisfatti del loro lavoro, evidenziando una maggiore autonomia rispetto al passato nel contatto con gli utenti. A livello di strumenti di lavoro, la Scheda di segnalazione e valutazione viene valutata da 8 operatori intervistati su 12 (Assistenti sociali del Servizio Sociale Territoriale e Infermieri) in modo positivo, mentre gli altri ne sottolineano alcuni aspetti critici come il fatto che sia troppo lunga e dispersiva, frammentata in parti molto specifiche che a volte si sovrappongono, mentre manca una parte di sintesi. La scheda di verifica invece, che secondo il modello doveva essere utilizzata dai Nuclei per la domiciliarità, non era ancora stata sperimentata al momento dello svolgimento delle interviste.

Ulteriori elementi interessanti da considerare nella valutazione dell'impatto delle innovazioni implementate sul territorio in termini di risultato sono alcuni dati di attività che rappresentano l'incremento, rispetto al 2013, del numero di ore di assistenza domiciliare erogate nel corso del 2014 (+ 6,7 % delle ore) e del numero di persone che usufruiscono di servizi domiciliari. Si rileva quindi un'inversione di tendenza rispetto al costante calo del numero di ore erogate in atto a partire dal 2009.

Conclusioni

In base a quanto emerso dallo studio di valutazione effettuato, si può dire che le azioni innovative proposte sul territorio di Bologna possano essere considerate una tappa evolutiva positiva di un percorso che ha come obiettivo principale l'ottenimento di un livello sempre maggiore di inclusività del sistema, capace di dare risposta a percentuali crescenti di popolazione anche in un contesto di risorse calanti. Risultano tuttavia da affrontare gli aspetti critici emersi, che richiederanno ulteriori approfondimenti e strategie di azione che dovranno coinvolgere anche soggetti citati ma non coinvolti nella ricerca, quali ad esempio i soggetti gestori dei servizi accreditati.

I risultati ottenuti sono stati condivisi con l'Amministrazione durante la fase di restituzione e sono stati utilizzati nell'ambito dei processi decisionali che hanno coinvolto i policy makers e i tecnici della programmazione, costituendo un supporto alle scelte di indirizzo politico e organizzativo realizzate nel distretto Città di Bologna.

Trascorsi più di due anni dalla conclusione della ricerca si può sommariamente affermare che alcuni degli aspetti positivi rilevati, quali ad esempio l'apprezzamento della relazione di prossimità

del Nucleo per la domiciliarità, siano stati confermati anche nell'ambito dei successivi processi di riorganizzazione dei servizi sociale e socio-sanitari.

Nell'ambito del progetto di Riordino dei Servizi socio-assistenziali e socio-sanitari del Comune di Bologna, avviato nel luglio 2016 e che dal 1° febbraio 2017 ha determinato la nascita del Servizio Sociale Territoriale Unitario, relativamente ai servizi per anziani, proprio per favorire la prossimità al cittadino e la personalizzazione del progetto assistenziale individualizzato, lo strumento strategico individuato è stato infatti il Nucleo per la domiciliarità in capo ad ASP Città di Bologna, composto da Assistenti sociali e Responsabili delle attività assistenziali e presente in ogni quartiere cittadino. Tale strumento intende garantire il riconoscimento di priorità al mantenimento della persona anziana presso il proprio domicilio andando a definire quale forma di supporto è più adatta a soddisfare soprattutto il "bisogno dell'abitare" della persona stessa, inteso come bisogno che comprende sia la dimensione domestica legata allo spazio interno della casa, sia lo spazio esterno, il contesto in cui questo spazio è collocato, attraverso l'attivazione di servizi socio-sanitari, assistenziali e di monitoraggio.

In questo quadro, al fine di contrastare l'isolamento delle famiglie e di indirizzare gli interventi pubblici in base ai bisogni e alla situazione socio-economica, occorre tenere presente la necessità di proseguire il percorso che tende al superamento della "delega assistenziale bidirezionale famiglia-pubblico", che fa riferimento alla compresenza di un approccio prestazionale da parte delle famiglie e di logiche assistenziali da parte del servizio pubblico. Una risposta a questa sfida, da parte dei Servizi pubblici, è quella di produrre dei processi che siano complessivamente "ricompositivi" cioè che siano capaci di realizzare dei servizi che rispondano unitamente a più persone, che riattivino le reti tra persone e famiglie, sostenendo e potenziando le reti sociali attivabili nella comunità e connettendole con i servizi esistenti sul territorio (Fosti e Longo, 2013).

Il Comune di Bologna ha riconosciuto come strumento strategico per la realizzazione di questi obiettivi lo sviluppo del lavoro di comunità, ovvero la capacità di dare valore al bene relazionale, su cui tutte le professioni operanti con i cittadini e il terzo settore e i cittadini stessi sono chiamate ad attivarsi positivamente. Si rende opportuno precisare che

il lavoro con la comunità, l'ascolto, l'attenzione e il coinvolgimento, non intende essere la risposta ai limiti di fondi pubblici [...], è piuttosto frutto della maturazione della consapevolezza che il benessere delle persone può essere raggiunto solo con le persone, con le relazioni significative, con l'aiuto delle organizzazioni territoriali e soprattutto nel pieno rispetto dei desideri e delle disponibilità delle persone che si vanno ad assistere (Zucchini, 2014: 110)

È importante che le azioni ricompositive vengano implementate sia tra pubblico e privato, sia a livello interistituzionale in modo da ottimizzare il più possibile le risorse disponibili mediante un approccio sempre più integrato, centrato sul cittadino e su una sempre maggiore personalizzazione delle risposte al bisogno. La valutazione può essere compresa tra gli strumenti a disposizione di politici, tecnici e professionisti del sistema di welfare per il miglioramento della qualità delle risposte al bisogno della cittadinanza. Essa può infatti fungere da catalizzatore dei processi di innovazione e ricomposizione del welfare, in quanto consente di mettere a fuoco gli elementi critici e le buone prassi di una data realtà organizzativa, attivandone la capacità riflessiva. Ruolo importante in tale processo è quello svolto dai cittadini destinatari dei servizi, dal momento che

l'intervento sociale non può prescindere dal protagonismo dei soggetti a cui si rivolge e deve impegnarsi costantemente per accrescerne la contrattualità. L'efficacia stessa dell'intervento, infatti, ne verrebbe compromessa; di qui l'interesse congiunto degli utenti e degli operatori a sviluppare la capacità degli utenti di valutare la qualità del servizio a cui si rivolgono. In questo senso la valutazione va vista come un processo che attiva gli interlocutori, li educa al dialogo e li fa crescere nel confronto. Ciò vale anche per gli amministratori che operano le scelte strategiche e distribuiscono le risorse ai servizi. [Piva, 1997]

Bibliografia

Benedetti L. (2000), *I processi di valutazione come risorsa partecipativa nei servizi socio-assistenziali*, "L'Impresa al plurale", n. 6, pp. 197-209.

Bezzi C. (2000), *La valutazione dei servizi alla persona*, Giada, Perugia.

Fosti G., Longo F. (2013), *Criticità e prospettive per il welfare locale al tempo della crisi: una possibile visione per il futuro*, in Fosti G. (a cura di), *Rilanciare il welfare locale. Ipotesi e strumenti: una prospettiva di management delle reti*, Egea, Milano.

Holland W.W. (a cura di) (1985), *La valutazione dell'assistenza sanitaria. Teorie, metodi, applicazioni*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.

Pieretti G. (a cura di) (2003), *Il latente e il manifesto. Bisogni nella città e servizio sociale*, FrancoAngeli, Milano.

Piva P. (1997), *La valutazione dei servizi sociali territoriali*, Rassegna Italiana di Valutazione n.6

Zucchini M. (2014), *Il lavoro di comunità*, in Cavazza G., Malvi C. (a cura di), *La fragilità degli anziani. Strategie, progetti, strumenti per invecchiare bene*, Maggioli Editore, Santarcangelo.