

Il documento che segue è messo a disposizione da
ASit Servizio Sociale su Internet.

titolo/tema:	Il Servizio Vigilanza ed Accreditamento delle Strutture Socio Sanitarie e l'attuazione dei progetti della legge n.45/1999: un percorso metodologico e di valutazione dei progetti.		tipologia
autori:	Linda FORMATO		tesi
relatore:	Luigi GUI	data/anno:	a.a. 2004/05
correlatore:	Stefano CHICCO	pagine/durata:	154
università:	Trieste – Facoltà di Scienze della Formazione – corso di laurea in Servizio Sociale		
altro/note:			

Ti invitiamo a visitare il nostro sito e a iscriverti gratuitamente ai nostri spazi comunicativi professionali: la mailing list, il forum ed il gruppo di ASit su Facebook. [Registrandoti al sito](#) riceverai periodici aggiornamenti.

Se hai del materiale che ritieni utile inviare o fare altre segnalazioni, puoi contribuire all'arricchimento dei nostri spazi!

Considera inoltre la possibilità di sostenere le attività e iniziative di ASit [iscrivendoti alla nostra associazione culturale e/o contribuendo attraverso una donazione volontaria.](#)

La presente pagina non è da considerarsi come parte integrante del documento che segue, che viene pubblicato nel nostro sito con il consenso dell'autore, dell'editore e/o in quanto materiale di pubblico dominio reperibile nel web. Si raccomanda di citare sempre le fonti nel caso in cui si riutilizzino i materiali, nonché di rispettarne le licenze d'uso. E' inoltre gradita una comunicazione ai gestori del sito.

Buona lettura :-)

Ai materiali presenti in ASit – salvo differente licenza – si applica la licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Condividi allo stesso modo

2.5 Italia License che viene implicitamente accettata con il download dei materiali dal nostro sito. Per maggiori informazioni contatta direttamente l'associazione culturale ASit Servizio Sociale su Internet alla mail serviziosociale@serviziosociale.com o visita questo link: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/it/>



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TRIESTE

FACOLTÀ DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE

Corso di Laurea in Servizio Sociale

Tesi di Laurea:

**Il Servizio Vigilanza ed Accreditamento delle
Strutture Socio Sanitarie e l'attuazione dei progetti
della legge n.45/1999: un percorso metodologico e
di valutazione dei progetti.**

Relatore: Chiar.mo Prof. **Luigi GUI**

Correlatore: Dott. **Stefano CHICCO**

Laureanda: **Linda FORMATO**
Matricola: **48004955**

ANNO ACCADEMICO 2004/2005

*“ Misura ciò che è misurabile.
Ciò che non è misurabile
rendilo tale”.
(Galileo Galilei)*

RINGRAZIAMENTI.

Vorrei ringraziare le seguenti persone per l'aiuto offerto nella stesura di questo elaborato.

Innanzitutto la Dott.ssa Carla Gaddi Responsabile del Servizio Vigilanza ed Accreditamento dell'Azienda Sanitaria Locale Città di Milano per i preziosi suggerimenti ed il costante incoraggiamento.

Particolari ringraziamenti alla collega Dott.ssa Paola Ferraguti per le indicazioni fornite sul tema della valutazione.

Vorrei inoltre ringraziare il Dott. Stefano Chicco per la gentilezza e la disponibilità mostrata.

INDICE

<u>INTRODUZIONE</u>	pag. 6
CAPITOLO 1°: RIFERIMENTI NORMATIVI	pag. 10
1.1. Premessa.....	pag. 10
1.2. I Progetti d'intervento per la lotta alla droga: alcuni riferimenti normativi.....	pag. 17
1.3 Circolare attuativa della legge n.45/1999 “Disposizione per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze.....	pag. 24
1.4. I piani territoriali triennali.....	pag. 26
CAPITOLO 2°: COME NASCE UN PROGETTO NEL SOCIALE	pag. 29
2.1. La programmazione ed i progetti sociali.....	pag. 29
2.2. Le fasi del progetto sociale.....	pag. 33
2.3. La valutazione: aspetti metodologici	pag. 40
2.3.1. Che cosa è la valutazione.....	pag. 43
2.3.2. Le fasi della valutazione.....	pag. 46
2.3.3. Gli approcci e le metodologie alla valutazione.....	pag. 52
2.3.4. Gli indicatori e la valutazione.....	pag. 57
2.3.5. Alcune indicazioni operative al piano di ricerca valutativo.....	pag. 59
CAPITOLO 3°: IL PERCORSO PROGETTUALE DEI PROGETTI DELLA LEGGE N.45/1999 A MILANO	pag. 64
3.1. Il modello organizzativo di riferimento.....	pag. 64
3.2. Le modalità di presentazione ed approvazione dei progetti della legge n.45/1999.....	pag. 69
3.3. Il <i>budget</i> e le risorse economiche.....	pag. 80
3.4. I progetti della legge n. 45/1999 nell’Azienda Sanitaria Locale Città di	

Milano, biennio 2002/2003.....	pag 83
3.4.1. Area Prevenzione.....	pag. 85
3.4.2. Area Trattamento.....	pag. 87
3.4.3. Area Reinserimento.....	pag. 89
 CAPITOLO 4°: PERCORSI METODOLOGICI UTILIZZATI NELLA VALUTAZIONE DEI PROGETTI.....	 pag. 92
4.1. Premessa.....	pag. 92
4.2. La valutazione dei progetti: percorso metodologico.....	pag. 94
4.3. Lo schema di verbale e la visita di vigilanza.....	pag. 97
4.4. Individuazione degli indicatori nella valutazione dei progetti.....	pag. 99
4.5. La valutazione di processo.....	pag. 101
4.6. La valutazione di esito.....	pag. 104
4.7. Due esempi concreti di valutazione dei progetti.....	pag. 108
4.7.1. Percorso metodologico del progetto “ <i>Alcol</i> e Carcere: nuovi percorsi di diagnosi e trattamento alcolologici nella struttura penitenziaria di San Vittore.....	pag. 109
4.7.2. Valutazione del progetto “ <i>Alcol</i> e Carcere: nuovi percorsi di diagnosi e trattamento alcolologici nella struttura penitenziaria di San Vittore.....	pag. 112
4.7.3. Percorso metodologico del progetto “Sestante-Segretariato e comunicazione sociale”.....	pag. 119
4.7.4. Valutazione del progetto “Sestante-Segretariato e comunicazione sociale”.....	pag. 121
4.7.5. Alcune considerazioni conclusive riguardanti i due progetti “ <i>Alcol</i> e carcere” e “Sestante-Segretariato e comunicazione sociale”.....	pag. 125
 CONCLUSIONI.....	 pag. 127
BIBLIOGRAFIA.....	pag. 131
ALLEGATI.....	pag. 138

INTRODUZIONE.

Il desiderio di approfondire il tema sulla valutazione dei progetti d'intervento nella lotta alla droga disciplinati dalla legge n.45/1999¹, è scaturito da varie riflessioni maturate nel corso della mia esperienza d'assistente sociale in un Servizio per le Tossicodipendenze (SerT) e nel il Servizio Vigilanza ed Accreditamento Strutture Socio Sanitarie dell'Azienda Sanitaria Locale Città di Milano. Sotto alcuni profili l'impegno professionale è duplice: erogare direttamente prestazioni sociali in un servizio multidisciplinare integrato e controllare prestazioni ed attività socio-sanitarie erogate da altri soggetti istituzionali.

La doppia appartenenza ha costantemente stimolato un'attenzione alla fisionomia non univoca né statica del fenomeno dell'abuso di sostanze ed in parallelo alle trasformazioni del sistema d'intervento, rispetto al mutarsi dei percorsi individuali e sociali delle persone tossicodipendenti, all'andamento non lineare della stessa offerta di sostanze ed al diversificarsi degli impatti sociali.

Il SerT è la struttura del settore pubblico che si occupa della prevenzione, della cura e del reinserimento dei soggetti con problematiche legate all'abuso di sostanze stupefacenti.

Il Servizio Vigilanza ed Accreditamento delle Strutture Socio Sanitarie è un'articolazione in *staff* della Direzione Sociale dell'Azienda Sanitaria della Città di Milano e le sue funzioni riguardano la verifica ed il controllo sugli Enti Gestori della città, finalizzate alla verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti d'autorizzazione ed accreditamento, la consulenza agli stessi durante l'espletamento delle procedure e lo svolgimento delle attività d'autorizzazione ed accreditamento. Inoltre questo servizio ha tra le sue competenze la valutazione dei progetti della legge n.45/1999² attività in cui sono stata coinvolta dal 2001.

Con rapida sintesi se negli anni '70 e '80 la sostanza più utilizzata era l'eroina, tra la fine degli anni '80 e '90 è emerso un fenomeno differente che ha visto un aumento di persone socialmente integrate che assumevano diverse sostanze

¹ Legge 18 febbraio 1999 n.45, *Disposizioni per il Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga in materia di personale per le tossicodipendenze.*

² *Ibidem.*

stupefacenti abbinate all'*alcol*. I SerT nella città di Milano, in particolare, hanno preso in carico sempre di più consumatori di più sostanze con un buon livello d'integrazione sociale. Accanto a questa nuova tipologia continuavano ad essere presenti nei servizi e sul territorio persone che usavano prevalentemente eroina e che sono in modo marcato a rischio di marginalizzazione e d'infezione *HIV*.

Il *trend* d'interesse è confermato dall'ultima Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia; nel 2004 si assiste ad un incremento del consumo di sostanze illegali ed una riduzione della consapevolezza rispetto alla pericolosità delle droghe, in modo particolare tra i giovani³. Si registra l'incremento del consumo di psicostimolanti (cocaina e anfetamino-derivati) utilizzati in modo consistente dai giovani già dall'età evolutiva e si documenta una significativa consistente quota d'adolescenti tra i quattordici ed i sedici anni che hanno sperimentato la cocaina. La complessità del fenomeno ha portato quindi il legislatore ad intervenire per contrastare la diffusione delle sostanze stupefacenti tra i giovani e per contenere la diffusione del virus *HIV*; con il D.P.R. n.309/1990⁴ è stato così istituito il Fondo nazionale lotta alla droga che ha l'obiettivo di finanziare progetti triennali di prevenzione, trattamento e reinserimento.

La legge n.45/1999⁵ ha in seguito demandato alle Regioni il 75% della quota del Fondo nazionale in linea con la *devolution* delle competenze sanitarie.

Le risorse sono state destinate ai progetti triennali finalizzati alla prevenzione, al recupero e al reinserimento della tossicodipendenza ed alcolodipendenza. I Comuni ed i loro consorzi, le province, le comunità montane, le aziende sanitarie, le organizzazioni di volontariato sono stati identificate come soggetti proponenti iniziative progettuali.

La delibera della Regione Lombardia n.44119/1999⁶ ha infine stabilito che gli interventi, sono finalizzati all'area della prevenzione, del trattamento, della riduzione del danno e del reinserimento.

³ Parlamento Italiano, *Sintesi della Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia nel 2004*, pag.2.

⁴ D.P.R. 9 ottobre 1990 n.309, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*.

⁵ Legge 18 febbraio 1999 n.45, *Disposizioni per il Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga in materia di personale per le tossicodipendenze*

⁶ D.G.R Regione Lombardia n.44119 del 9 luglio 1999, *Adempimenti regionali e linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie Locali., agli enti locali (Province e Comuni) agli enti ausiliari ex articolo*

La tesi che intende sviluppare la problematica brevemente presentata, è strutturata in una parte teorica ed in una parte pratica.

Il primo capitolo propone l'evoluzione del fenomeno tossicodipendenza in Italia e i principali riferimenti normativi nazionali e regionali che disciplinano i progetti per la lotta alla droga.

Il secondo capitolo invece riprende alcune definizioni di progettazione sociale e di valutazione, ripercorre le fasi di progettazione e di realizzazione di un progetto sociale. In particolare sono analizzati i diversi aspetti metodologici della progettazione sociale con uno specifico approfondimento della fase di valutazione. Il dibattito sulla valutazione dell'efficacia è nato nel sistema socio-sanitario italiano in un periodo di crisi economica e di modifiche degli assetti politici. Come ricordano Dallago L., Santinello M. e Vieno M. "il sistema socio-sanitario in seguito alle trasformazioni subite negli ultimi dieci anni ha avviato la procedura per un forte cambio di traiettoria, in primo luogo per non implodere e, secondariamente, per avvicinarsi ai più efficienti sistemi europei"⁷. La valutazione degli interventi sociali ha portato delle evoluzioni nel sistema "richiedendo a tutti un atteggiamento d'attenzione e d'interesse al processo in cui la singola prestazione s'inserisce, con essa, ai suoi risultati"⁸. In tal modo si modificano le scelte degli amministratori e le azioni dei singoli operatori che devono prestare attenzione alle conseguenze dei loro interventi ed al raggiungimento degli obiettivi. Anche la legge n.328/2000⁹ che ha promosso un sistema d'intervento dei servizi che punta sulla qualità, anche in vista dell'accreditamento delle strutture socio-assistenziali sia pubbliche che private, ha avviato un ripensamento dell'intervento sociale. L'erogatore di servizi non è più solo l'ente pubblico, ma un *mix* di pubblico e privato sociale, di risorse formali ed informali (*Welfare mix*). Nel terzo capitolo si descrive il modello di riferimento utilizzato dal settore dipendenze dell'Azienda Sanitaria Locale della Città di Milano e si delinea l'*iter*

115-116 D.P.R. n.309/1990, alle cooperative sociali e alle Organizzazioni di Volontariato per l'attuazione della legge 45 del 18 febbraio 1999 "Disposizioni per il Fondo nazionale di interventi per la lotta alla droga e in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze".

⁷ Dallago L., Santinello M., Vieno A., *Valutare gli interventi psicosociali*, Carocci, Roma, 2004, pag.13-14.

⁸ *Ibidem*, pag.15.

⁹ Legge 8 novembre 2000 n.328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato d'intervento e servizi sociali*.

d'approvazione dei progetti della legge n.45/1999¹⁰ adottato dall'Azienda Sanitaria, attraverso i riferimenti normativi previsti. In questo capitolo sono riportati l'elenco dei progetti dell'annualità 2002 sul Fondo nazionale lotta alla droga 2000/2001 oggetto di valutazione dal Servizio Vigilanza ed Accreditamento Socio Sanitarie

Il quarto ed ultimo capitolo intende presentare la metodologia messa a punto dal Servizio Vigilanza per la valutazione dei progetti d'intervento lotta alla droga. Con tale metodologia il Servizio si è posto un duplice obiettivo: monitorare in *progress* le fasi dei progetti e parallelamente valutare, se i progetti introducono interventi innovativi oltre che efficaci. La legge n.45/1999¹¹ definisce innovativi quegli interventi che promuovono azioni che altri soggetti presenti sul territorio, ancora non realizzano e quindi aggiungono nuove azioni ed attività in una linea d'implementazione dell'offerta.

Al proposito mi sono chiesta come meglio definire un percorso metodologico volto alla valutazione dei progetti d'intervento e quali possono essere gli indicatori individuati a tal fine. L'individuazione di questi indicatori consente, infatti, di migliorare il percorso di valutazione con riferimento alla coerenza tra progettazione ed azioni, alla rilevazione d'elementi utili per capire se è in atto una riorganizzazione del sistema cittadino d'intervento ed in alcuni casi per dichiarare la decadenza del progetto in quanto gli obiettivi non sono raggiunti.

Con questa tesi vorrei inoltre attingere all'esperienza sperimentale attivata dal Servizio Vigilanza ed Accreditamento Strutture Socio Sanitarie dell'Azienda Sanitaria Città di Milano nella valutazione dei programmi per ampliare il repertorio di riflessioni e materiali sul tema.

¹⁰ Legge 18 febbraio 1999 n.45, *Disposizioni per il Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga in materia di personale per le tossicodipendenze*

¹¹ *Ibidem.*

CAPITOLO 1°: RIFERIMENTI NORMATIVI.

1.1 Premessa.

Prima di entrare nello specifico dei riferimenti normativi entro cui si collocano i progetti previsti dal D.P.R. 9 ottobre 1990 n.309¹² e della legge 18 febbraio 1999 n.45¹³ è necessario illustrare lo scenario sociale che caratterizza il fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, dal momento che sono cambiati i consumatori, le modalità d'uso delle sostanze, e i modi con cui le droghe sono spacciate.

Fino agli anni '60 nei paesi occidentali, tranne negli U.S.A. dove i problemi endemici dell'emigrazione avevano da sempre reso la questione più complessa le sostanze d'abuso prevalenti erano *l'alcol* e la morfina. L'uso/abuso di *alcol* era relativamente accettato, trattato negli ospedali mentre l'uso della morfina, era lasciato alla discrezione dei medici. Prima degli anni '70 l'uso di droghe tra le fasce giovanili assumeva un significato di rottura con la cultura prevalente.

A partire dagli anni '70, con la diffusione dell'eroina, la droga diviene il simbolo di un rifiuto dal mondo adulto e delle sue regole. Con gli anni '80 diversamente la droga entra nello scenario della vita quotidiana come comportamento compatibile e controllabile; le sostanze stupefacenti sono utilizzate come meccanismo di fuga che provoca piacere.

Gli anni '90 si caratterizzano per la diffusione del *virus HIV*, l'incremento dei reati collegati alle tossicodipendenze (allarme sicurezza) per le morti da overdose; nel 1990 queste ultime sono state 1152 con un incremento rispetto al 1989, del 18% circa. In questi anni, iniziano a diffondersi le nuove droghe (*ecstasy*, *LSD*, anfetamine). Prima negli Stati Uniti e in Inghilterra e successivamente da noi ha avuto caratteristiche più precise, uno stile di vita del mondo giovanile organizzato più attorno al fine settimana, alla musica di tendenza (*house* e *techno*). La discoteca è diventata uno dei luoghi di aggregazione giovanile più frequentati cui sono affiancati i *rave*, feste a base di musica *house* e *techno* e sostanze.

¹² D.P.R. 9 ottobre 1990 n.309, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*.

¹³ Legge 18 febbraio 1999 n.45, *Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze*.

Nella fase attuale, invece, si assiste ad un aumento della polidipendenza cioè ad un'assunzione contemporanea di diverse sostanze sia di tipo legale sia illegale oppure sia legali sia illegali¹⁴. Gli abbinamenti più comuni di sole sostanze legali sono *l'alcol* e gli psicofarmaci, il metadone prescritto e *l'alcol*¹⁵. L'utilizzo di sostanze illegali sia legali rappresenta tuttavia il fenomeno più frequente, dato che gli assuntori consumano varie droghe abbinate all'*alcol*.

Negli anni '70 l'eroina era la droga più diffusa, mentre nella fase attuale il rapporto con le droghe appare più complesso; si è modificato il consumo che è sempre più personalizzato e al contempo appare sempre più legato a un gruppo generalizzato. Una stessa persona può assumere oggi droghe diverse per raggiungere con esse differenti stati mentali che considera "positivi" e sentirsi più potente o più libera o più euforica o più tranquilla, a secondo della sostanza o della modalità di assunzione"¹⁶.

La prima normativa italiana nel campo delle sostanze stupefacenti risale al 18 febbraio 1923 n.396¹⁷ definisce "sostanze velenose" la cocaina, morfina e derivati. Con la legge n.145 del 1934, si pone il problema del recupero e della cura della persona tossicodipendente, prevedendo anche il ricovero coatto.

La legge n.1041 del 22 ottobre 1954¹⁸, rimasta in vigore sino al 1975, si occupa prevalentemente della repressione del commercio clandestino delle sostanze stupefacenti, sanzionando penalmente le attività d'importazione, esportazione, transito, commercio, impiego e detenzione non autorizzati di sostanze stupefacenti.

La rapida diffusione delle droghe nel mondo giovanile ha portato a modificare l'ottica con cui il legislatore ha affrontato questo fenomeno: il tossicodipendente è considerato un "malato" e di conseguenza, si pone il problema della cura e del suo recupero sociale. Da questa premessa nasce la legge n.685 del 22 dicembre

¹⁴ Pinamonti H., Rossin M. R. (a cura), *Polidipendenze. L'assunzione multipla di sostanze in una prospettiva interdisciplinare di clinica integrata*, Franco Angeli, Milano 2004 pag.31.

¹⁵ *Ibidem*, pag.31.

¹⁶ Rigliano P., *Piaceri drogati. Psicologia del consumo di droghe*, Feltrinelli, Milano, 2004, pag.8.

¹⁷ Legge 18 febbraio 1923 n.396: *Provvedimenti per la repressione dell'abusivo commercio di "sostanze velenose"*.

¹⁸ Legge 22 ottobre 1954 n.1041, *Disciplina della produzione del commercio e nell'impiego degli stupefacenti*.

1975¹⁹; questa legge prevede la cura e la riabilitazione sia affidata ai normali presidi ospedalieri, ambulatoriali, medici o sociali localizzati nelle Regioni con esclusione degli ospedali psichiatrici. Le Regioni ha il compito di organizzare, dirigere e coordinare, le attività di cura attraverso la costituzione di uno o più centri medico-sociali per gli interventi di tipo preventivo, curativo-riabilitativo e d'assistenza sociale. Nascono i CMAS (Centri Medici di Assistenza Sociale). Il privato sociale con un dibattito assai vivace rappresenta, attraverso le comunità terapeutiche, una prima risposta consona al problema; i tossicodipendenti vivono in contesti urbani degradati all'interno di reti familiari non in grado di affrontare la complessità. Allontanare la persona tossicodipendente pare la soluzione più efficace. E' anche interessante ricordare che le prime associazioni ad impegnarsi in questa esperienza sono promosse da genitori di ragazzi tossicodipendenti, talvolta già deceduti o da personalità religiose, carismatiche.

Con il Decreto ministeriale del 7 agosto 1980²⁰, poi integrato dal Decreto ministeriale 10 ottobre 1980²¹ s'introduce nel trattamento delle tossicodipendenze l'uso dei farmaci sostitutivi.

A Milano, per esempio, a seguito di questo Decreto furono istituiti nove ambulatori coordinati dal Comune per la somministrazione del metadone, affiancati da quattro Presidi Ospedalieri. In questi servizi, denominati "Condotte Mediche", oltre al personale medico ed infermieristico furono previste figure psicosociali (assistenti sociali e psicologi).

La Regione Lombardia con Delibera Consiliare n.III/1479 del 20 dicembre 1983,²² istituì i N.O.T. (Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze). Il Nucleo Operativo per le tossicodipendenze fu inteso come struttura di intervento globale sul fronte, preventivo, terapeutico e riabilitativo.

A metà degli anni '80 per affrontare gli esiti della comparsa del virus dell'HIV è convocata, una commissione di esperti ONU che propone un inasprimento della repressione nei confronti del narcotraffico e dei consumatori. Tutti gli stati

¹⁹ Legge 22 dicembre 1975 n.685; *Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope*.

²⁰ Decreto Ministeriale 7 agosto 1980, *Regolamentazione dell'impiego dei farmaci ad azione analgesica-narcotica nel trattamento dei tossicodipendenti*.

²¹ Decreto Ministeriale 10 ottobre 1980, *Impiego dei preparati a base di metadone e morfina per il trattamento dei tossicodipendenti*.

²² Delibera Regione Lombardia, n.III/1479 del 20/12/1983.

firmatari s'impegnano a cooperare per contrastare le azioni illegali. A Strasburgo l'8 novembre 1990 gli Stati europei confermano gli accordi di Vienna, e sottoscrivono una collaborazione più ampia sulla materia.

In Italia lo Stato interviene con politiche sociali, di tipo repressivo e di prevenzione; in questi anni aumentano le persone contagiate dal *virus* dell'*HIV* al proposito il 5 giugno 1990²³ è emanata una legge. La legge n.135/1990 ha una duplice finalità: contrastare la diffusione del virus *HIV* mediante attività di prevenzione ed assicurare idonea assistenza alle persone portatrici di questa patologia.

Nello stesso anno è modificata la legge n.675/1975²⁴. Vengono emanate la legge 26 giugno 1990 n.162²⁵ ed il D.P.R. 9 ottobre 1990 n.309²⁶. Il D.P.R. 9 ottobre 1990²⁷ si prefigge di riordinare la normativa nel settore delle tossicodipendenze e sancisce che drogarsi è illecito. chi si droga va punito. Queste leggi introducono sanzioni amministrative e penali in ragione della quantità di principio attivo rinvenuto nella sostanza. Essere in possesso, consumare, cedere e trattare sostanze stupefacenti è considerato illecito. Scompare qualunque riferimento alla "modica quantità" che viene sostituita dalla discrezionalità della Magistrato che decide autonomamente sulla punibilità del consumatore.

I servizi per le tossicodipendenze che in ogni Regione hanno una denominazione diversa, con questa legge saranno definiti SerT (Servizio di Recupero per le Tossicodipendenze); in Regione Lombardia N.O.T..

Un referendum popolare nel 1993 abroga alcuni articoli del D.P.R. n.309/1990²⁸ reintegrando in buona sostanza il concetto di "modica quantità" con la depenalizzazione del consumo.

In questi anni le politiche sociali, si orientano alla riduzione del danno ed agli interventi di bassa soglia. La conferenza nazionale di Palermo (1994) indica

²³ Legge 5 giugno 1990 n.135, *Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS*.

²⁴ Legge 22 dicembre 1975 n.685, *Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope*.

²⁵ Legge 26 giugno 1990 n.162, *Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge n.685/1975, recante la disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*.

²⁶ D.P.R. 9 ottobre 1990, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ *Ibidem*.

queste strategie. La Conferenza di Napoli del marzo 1997, s'inserisce su questa falsa riga allargando la sfera degli interventi preventivi ed introducendo il concetto di "cura alla vita". Con questa dizione ci si propone di riconoscere sempre e dovunque, la dignità della persona ed i suoi diritti fondamentali anche quando il tossicodipendente non ha ancora deciso di uscire dal problema.

La riduzione del danno si fa strada negli anni '80 in Inghilterra per fronteggiare il diffondersi del *virus HIV* anche attraverso la distribuzione di siringhe e preservativi. E' una filosofia d'intervento riservata a quelle persone che in qualche modo non trovano risposta ai loro bisogni all'interno dei servizi ed il cui stile di vita è caratterizzato dalla marginalità e deprivazione sociale, materiale, relazionale. Un esempio di questo tipo d'intervento è l'istituzione delle Unità di Strada che in questi anni hanno approntato un lavoro di supporto, soprattutto per le persone tossicodipendenti non in carico ai servizi per le tossicodipendenze. Ciò ha consentito di raggiungere all'interno del sistema d'intervento obiettivi fondamentali quali:

- prevenire il peggioramento della situazione soggettiva già esistente, diminuendo la pressione esercitata dalla condizione tossicomane;
 - cercare di stabilizzare il soggetto ad un livello sociale minimamente dignitoso ed accettabile;
 - aiutare la persona a sviluppare la sua abilità nel senso di un'integrazione sociale.
- Per interventi di bassa soglia, s'intendono tutte quelle iniziative a supporto del tossicodipendente, non primariamente finalizzate alla disintossicazione ed all'avvio di un percorso terapeutico. Un esempio è costituito dai *drop-in*, strutture di prima accoglienza a massima facilità d'accesso, la cui finalità è di agganciare i tossicodipendenti attivi non ancora in contatto con le strutture pubbliche. In queste strutture sono attivati interventi di vario tipo: *counseling*, orientamento e sostegno, attività educative.

L'Atto d'intesa Stato-regioni del 21 gennaio 1999²⁹ per la "riorganizzazione del sistema dell'assistenza ai tossicodipendenti", ha previsto il modello dipartimentale; tale modello ha la finalità di affrontare tutti gli aspetti connessi

²⁹ Provvedimento 21 gennaio 1999, *Accordo Stato-regioni per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti"*.

all'abuso di sostanze stupefacenti dal punto di vista dell'integrazione del comparto sanitario e sociali.

Il SerT (Servizio di Recupero per le Tossicodipendenze), deve garantire livelli minimi di prestazioni, in particolare per quanto riguarda la prima accoglienza, la diagnosi, la cura e la riabilitazione.

L'Atto d'Intesa Stato- regioni del 1999³⁰ ha proposto l'estensione del rapporto pubblico e privato sino ad allora limitato alle strutture residenziali e semiresidenziali, a tutti i servizi di prevenzione, cura e riabilitazione. Tutti gli enti e le associazioni che effettuano attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone tossicodipendenti, cooperano al raggiungimento degli obiettivi dello Stato, delle Regioni, del Servizio Sanitario nazionale, tramite un processo di integrazione socio-sanitaria tra servizi del pubblico e del privato sociale.

Altri punti trattati dall'Atto Stato e Regioni sono:

- autorizzazione al funzionamento di tutte le strutture residenziali, semiresidenziali, ed i servizi di prevenzione, cura e riabilitazione alle tossicodipendenze attraverso l'individuazione dei requisiti minimi, funzionali e strutturali i quali che devono tenere conto delle norme generali di riferimento e del rispetto della dignità della persona, anche in relazione alle condizioni abitative della struttura. Il possesso di tali requisiti, attraverso l'iscrizione all'albo, è richiesto per l'accesso a qualunque finanziamento pubblico.
- Criteri e *standard* qualitativi per l'accreditamento. L'accreditamento costituisce requisito preliminare per l'instaurarsi di rapporti contrattuali ed economici tra gli enti e le aziende del Servizio Sanitario Nazionale per l'acquisto di prestazioni socio- sanitarie nei confronti di tossicodipendenti. Per accedere all'accreditamento gli enti devono sottoporre alla Regione programmi d'intervento comprensivi della descrizione delle prestazioni erogate sia globalmente sia al riguardo di specifici servizi.

La legge 18 febbraio 1999 n.45³¹ ha recepito le proposte emerse dalla Conferenza di Napoli del 1997 ed è uno strumento che, basandosi sul principio della

³⁰ *Ibidem.*

³¹ Legge 18 febbraio 1999 n.45, *Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze.*

sussidiarietà, traduce le politiche sociali in azioni concrete e consente di potenziare gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione.

Di seguito riporto alcuni riferimenti normativi nazionali e della Regione Lombardia, entro cui i progetti si inseriscono ed a cui devono fare riferimento.

1.2 I Progetti d'intervento per la lotta alla droga: alcuni riferimenti normativi.

Il D.P.R. n.309/1990³² con l'articolo 127, ha istituito il Fondo nazionale d'intervento alla droga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, finalizzato al perseguimento degli obiettivi previsti dal testo unico, presentati dai Ministri dell'Interno, di Grazia e Giustizia, della Difesa, della Pubblica Istruzione e della Sanità con particolare riguardo per i progetti finanziati nelle regioni meridionali.³³

I progetti finanziati dal Fondo sono finalizzati alla prevenzione e al recupero delle tossicodipendenze elaborati dai Comuni maggiormente esposti a tale fenomeno previa presentazione dei progetti di fattibilità indicanti i tempi, le modalità, e gli obiettivi che s'intendono conseguire.

Il Comitato nazionale del coordinamento per l'azione antidroga, nella prima seduta, specifica le priorità in tema di prevenzione e recupero delle tossicodipendenze nonché di contenimento del fenomeno della sindrome da immunodeficienza acquisita (*AIDS*) e determina i criteri per la ripartizione del Fondo e per la valutazione dei progetti, tenendo conto tra l'altro:

- dell'urgenza degli interventi in relazione a situazioni d'alto rischio;
- degli interventi volti alla presentazione e al contenimento del diffondersi dell'infezione da *HIV* tra i tossicodipendenti;
- della mancanza di strutture idonee alla lotta alla droga, nel settore di competenza di ciascun soggetto proponente;
- della necessità di formazione del personale, con riferimento agli specifici obiettivi proposti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalla Comunità europea.

Per l'esame istruttorio dei progetti è istituita, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, una commissione presieduta, da un esperto designato dal servizio alla Presidenza del Consiglio dei Ministri e composta da sette esperti nei campi della prevenzione e del recupero delle tossicodipendenze provenienti nei seguenti settori: farmaco-tossicologico, psicologico, sociologico, riabilitativo, pedagogico, giuridico. Le amministrazioni destinatarie dei finanziamenti, avviano

³² D.P.R. 9 ottobre 1990, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*.

³³ *Ibidem*, comma 1.

la realizzazione dei progetti entro tre mesi dall'erogazione del finanziamento e ne danno comunicazione alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, che, in mancanza, provvede, sentito il Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga, a ridistribuire le somme su altri progetti meritevoli d'accoglimento. Le amministrazioni provvedono altresì ad inviare alla Presidenza del Consiglio dei Ministri una relazione semestrale sull'andamento dei progetti e sui risultati conseguiti. Nel caso in cui la realizzazione del progetto finanziario incontri concrete difficoltà operative, l'amministrazione interessata, previo parere favorevole del Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga, può apportare le opportune variazioni, ferma restando l'entità del finanziamento accordato. L'organizzazione del Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga è disciplinata con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri. La Legge 18 febbraio 1999 n.45³⁴ ha modificato alcuni articoli del D.P.R. n.309/1990³⁵ ed ha regionalizzato il 75% della quota del fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga. Alla ripartizione si provvede annualmente sulla base dei dati raccolti dall'Osservatorio permanente, con decreto del Ministro per la Solidarietà Sociale tenuto conto, per ciascuna regione, del numero d'abitanti e dalla diffusione del fenomeno delle tossicodipendenze. Il 25% della quota, è destinato al finanziamento di progetti finalizzati al recupero delle tossicodipendenze e alcoldipendenze. I progetti previsti sono:

- promozione di programmi sperimentali di prevenzione sul territorio nazionale;
- realizzazione d'iniziative di razionalizzazione dei sistemi di rilevazione e di valutazione dei dati;
- elaborazione d'efficacia collegamenti con le iniziative assunte dall'Unione europea;
- sviluppo d'iniziative d'informazione e di sensibilizzazione;
- formazione del personale nei settori di specifica competenza;
- realizzazione di programmi d'educazione alla salute;

³⁴ Legge 18 febbraio 1999 n.45, *Disposizioni per il Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze*, articolo 2 comma 5.

³⁵ D.P.R. 9 ottobre 1990 n.309, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*.

- trasferimento dei dati tra amministrazioni centrali e locali³⁶.

Le Regioni stabiliscono le modalità, i criteri, i termini per la presentazione delle domande, la procedura d'erogazione dei finanziamenti e dispongono i controlli sulla destinazione dei finanziamenti assegnati. Inoltre prevedono strumenti di verifica dell'efficacia degli interventi realizzati, con particolare riguardo ai progetti finalizzati alla riduzione del danno nei quali sono utilizzati i farmaci sostitutivi.

I criteri per la valutazione ed il finanziamento dei progetti, si basano sulle seguenti finalità:

- realizzazione di progetti integrati sul territorio di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, compresi, quelli volti alla riduzione del danno purchè finalizzati al recupero psico-fisico della persona;
- promozione di progetti personalizzati adeguati al reinserimento lavorativo dei tossicodipendenti;
- diffusione sul territorio di servizi sociali e sanitari al primo intervento, come le unità da strada, i servizi a bassa soglia ed i servizi di consulenza e d'orientamento telefonico;
- individuazione d'indicatori per la verifica della qualità degli interventi dei risultati relativi al recupero dei tossicodipendenti;
- trasferimento dei dati tra assessorati alle politiche sociali, responsabili dei centri d'ascolto responsabili degli istituti scolastici e amministrazioni centrali;
- trasferimento e trasmissione dei dati tra i soggetti che operano nel settore della tossicodipendenza a livello regionale;
- realizzazione coordinata di programmi e di progetti sulle tossicodipendenze e sull'alcoldipendenza correlata, orientati alla strutturazione dei sistemi territoriali d'intervento a rete;
- educazione alla salute.

Per l'esame e l'istruttoria dei progetti presentati dalle amministrazioni e per l'attività di supporto tecnico-scientifico al Comitato Nazionale di Coordinamento per l'azione antidroga, è istituita con decreto del Presidente del Consiglio dei

³⁶ Legge 18 febbraio 1999 n.45, *Disposizioni per il Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze*, articolo 2 comma 5.

Ministri, una commissione. Tale commissione è presieduta da uno esperto o da un dirigente generale in servizio presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, designato dal Ministro per la Solidarietà sociale e composta da nove esperti, nei campi della prevenzione e del recupero delle tossicodipendenze nei settori: sanitario-infettivologico, farmaco-tossicologico, psicologico, sociale, sociologico, riabilitativo, pedagogico, giuridico e della comunicazione.

Il Ministero per la Solidarietà presenta entro, 30 giorni di ciascun anno, una relazione al Parlamento sui dati relativi al fenomeno della tossicodipendenza in Italia, sulla strategia e sugli obiettivi raggiunti, sugli indirizzi che saranno seguiti nonché sull'attività relativa all'erogazione dei contributi finalizzati al sostegno delle attività di prevenzione, riabilitazione, reinserimento e recupero dei tossicodipendenti.

La modalità per gestire il Fondo, prevede l'emanazione di un bando regionale per il finanziamento di progetti presentati sia da enti pubblici sia da enti privati.

Un altro riferimento normativo da ricordare è il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, del 10 settembre 1999³⁷ che stabilisce gli obiettivi a cui destinare i progetti. Tra gli obiettivi, sono individuati:

- progetti integrati sul territorio di prevenzione primaria delle tossico ed alcoldipendenza correlata, nonché di prevenzione secondaria e terziaria, compresi i programmi di riduzione del danno, purchè finanziati al miglioramento della salute e della vita, nonché del recupero sociale.
- Programmi d'educazione alla tutela alla salute.
- Programmi di contrasto alla diffusione delle “nuove droghe”.
- Inclusione sociale e lavorativa.
- Progetti personalizzati volti al reinserimento sociale di tossico ed alcoldipendenti correlati.
- Diffusione sul territorio di servizi sociali e sanitari di primo intervento e consulenza.
- Interventi di bassa soglia per esempio unità da strada.
- Programmi di riconversione specialistica delle attività terapeutiche svolte e/o

³⁷ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 10 settembre 1999, *Atto d'indirizzo e coordinamento alle regioni sui criteri generali per la valutazione e il finanziamento di progetti finalizzati alla prevenzione e al recupero delle tossicodipendenze.*

attivazione sperimentale della fase d'avvio d'attività specialistiche destinate alle tossicodipendenti in gravidanza, a donne o coppie tossicodipendenti.

- Programmi di riconversione delle attività terapeutiche a favore dei consumatori che presentano problemi da affrontare con tecniche diverse da quelle in uso per i consumatori d'eroina.
- Servizi d'informazione con sedi proprie e personale già formato, che offra anche assistenza telefonica.
- Attivazione d'iniziative per lo sviluppo di sistemi territoriali d'intervento a rete di contrasto delle tossicodipendenze e delle alcoldipendenze correlata, nuovi o esistenti, d'integrazione tra soggetti istituzionali, tra attività e competenze complementari, tra soggetti pubblici e del privato sociale.
- Programmi di formazione e d'aggiornamento degli operatori sociali e sanitari con forme di partecipazione congiunta, d'operatori pubblici e del privato sociale, finalizzate al miglioramento delle competenze anche in ordine ai nuovi bisogni degli utenti.

Questa legge definisce anche che i progetti ammessi alle procedure istruttorie di finanziamento devono comprendere nelle esposizioni delle specifiche progettuali quali:

a) contesto di riferimento

- area territoriale interessata;
- studio ed analisi del contesto sociale del territorio interessato.
- cause e/o fattori peculiari del disagio che s'intende affrontare con il progetto.

b) Dati generali del progetto:

- numero e tipologia dei destinatari finali;
- durata, fasi, obiettivi intermedi e a breve termine
- ricadute sul territorio;
- obiettivi ed esiti attesi in relazione alle cause e/o fattori peculiari del disagio su cui si vuole intervenire;
- integrazione degli obiettivi del progetto con le politiche del territorio;
- collegamenti (d'integrazione, coordinamento, prosecuzione) con altri progetti e iniziative (comunitarie, nazionali, regionali, locali).

- soggetti pubblici e/o privati coinvolti nella realizzazione del progetto e modalità di partecipazione, con individuazione delle rispettive attribuzioni operative;
- c) congruità dei costi di realizzazione;
- documentazione sulla congruità dei costi delle singole componenti del progetto.
 - Rapporto tra risorse da impiegare e costi da sostenere.
- d) Metodologie per favorire il raggiungimento degli obiettivi e la diffusione dei risultati e sistema di valutazione del progetto (indicatori di processo, indicatori di risultato, strumenti e sistemi di rilevazione per ciascun indicatore).
- e) Modalità di realizzazione del progetto:
- gestione operativa a cura del soggetto che ha presentato il progetto, ovvero motivazioni alla base di una diversa gestione;
 - livello professionale degli operatori da impiegare nel progetto e programmi di formazione specifica;
 - protezione del personale impiegato nella realizzazione del progetto da “*burnout*” e da rischi ambientali, nel caso in cui la realizzazione del progetto comporti un contatto ripetuto con situazioni di grave disagio;
 - rispetto delle normative di legge e contrattuali in materia di tutela del lavoro;
- f) diffusione dei risultati;
- modalità e forme di trasferimento dei risultati progettuali;
 - agli assessorati regionali alle politiche sociali;
 - agli altri soggetti pubblici e del privato sociale che operano nel settore della tossicodipendenza a livello regionale;
 - alle amministrazioni pubbliche centrali; per i progetti riguardanti il reinserimento lavorativo, il programma di trasferimento deve comprendere anche istituzioni locali di governo del mercato del lavoro e le parti sociali;
 - strumenti per dare visibilità alla realizzazione del progetto ed al loro esito, per favorire maggiore partecipazione e condivisione sia da parte dei soggetti interessati che dell’opinione pubblica.
 - collegamento con iniziative assunte dall’Unione europea sull’esclusione sociale.

- Per progetti proposti dagli enti di cui agli articoli 115 e 116 del Testo unico³⁸ dalle organizzazioni di volontariato di cui alla legge 11 agosto 1991 n.266³⁹ dalle cooperative sociali di cui all'articolo 1, lettera b) della legge 8 novembre 1991 n.381⁴⁰ e loro consorzi, è attribuita priorità alle seguenti tipologie:
 - a) progetti presentati e realizzati dagli enti di cui agli articoli 115 e 116 del testo unico, da comunità terapeutiche e da altri organismi, effettivamente operanti nel settore delle tossicodipendenze, con esperienza consolidata in materia di prevenzione, recupero, riabilitazione e reinserimento sociolavorativo;
 - b) progetti finalizzati alla realizzazione di interventi integrati sul territorio che prevedano l'intervento congiunto di soggetti pubblici e privati, con integrazione e messa in rete delle rispettive esperienze e competenze.
 - c) Le Regioni accertano che nei progetti di cui al comma 2 siano espressamente indicati la natura, le finalità istituzionali e l'effettivo ambito di operatività del soggetto proponente.

³⁸ D.P.R. n. 309/1990, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.*

³⁹ Legge 11 agosto 1991 n.266, *Legge quadro sul volontariato.*

1.3 Circolare attuativa della legge 45/1999 “Disposizioni per il Fondo nazionale d’intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze.

La circolare allegata alla delibera della Regione Lombardia n.44119/1999⁴⁰ definisce le direttive e le modalità per l’attuazione a livello regionale delle disposizioni di cui la legge n.45/1999⁴¹. Le province, i comuni e i loro consorzi, le comunità montane, le Aziende Sanitarie Locali sono i soggetti promotori dei progetti.

Ciascun ambito territoriale provinciale coincide con l’Azienda Sanitaria Locale ed i coordinamenti territoriali. Il coordinamento territoriale è presieduto dal Dirigente del Dipartimento A.S.S.I (Attività Socio Sanitarie Integrate) e coordinato dal responsabile del servizio per le Dipendenze. Al coordinamento territoriale partecipano:

- un rappresentante dei responsabili dei servizi per le tossicodipendenze;
- un rappresentante delle cooperative sociali e loro consorzi impegnati nell’area delle tossicodipendenze;
- un rappresentante delle attività per progetto nell’area delle tossicodipendenze e alcol dipendenze correlate per gli enti locali (comuni e province);
- un rappresentante del Dipartimento di provenienza.

Il coordinamento territoriale è lo spazio che vede confrontarsi i servizi pubblici e privati e le istituzioni coinvolte al fine di programmare, coordinare e verificare gli interventi proposti e attuati sul territorio.

Le soluzioni operative possibili, possono essere schematizzate come segue:

- L’Azienda Sanitaria Locale, individua gli enti con cui operare, facendo proprie le iniziative proposte dagli stessi e le presenta in un’unica istanza, nel piano triennale, organizzato secondo la tipologia cui appartengono.
- L’Azienda Sanitaria Locale, individua gli enti interlocutori dopo che gli stessi separatamente hanno presentato le proprie istanze con i relativi progetti. La scelta avviene da parte delle Aziende Sanitarie Locali, sulla base di una

⁴⁰ Legge 8 novembre 1991 n.381, *Disciplina delle cooperative sociali*.

⁴¹ Legge 18 febbraio 1999 n.45, *Disposizioni per il Fondo nazionale d’intervento per la lotta alla droga in materia di personale per le tossicodipendenze*.

conoscenza degli interventi, avvenuta a posteriori e formalizzata con appositi atti di intesa contenuti nel piano triennale.

Il piano triennale deve essere coerente con gli indirizzi e gli obiettivi assunti per l'area delle dipendenze del Piano Strategico triennale dell'Aziende Sanitarie Locali

Le Aziende Sanitarie Locali ripartiscono equamente il *budget* assegnato nella misura del 50% per i progetti degli enti locali (comuni e province) per i progetti presentati dal privato sociale (enti ausiliari, associazioni, cooperative sociali).

La ripartizione del *budget* è effettuata sulla base dei seguenti parametri:

- Popolazione generale.
- Popolazione giovanile compresa tra i 15 e i 25 anni.
- Numero di soggetti in carico presso i servizi pubblici per le dipendenze.
- Numero di strutture terapeutiche riabilitative esistenti.

A ciascun parametro è assegnato il seguente peso:

- Popolazione generale 20%.
- Popolazione giovanile 15%.
- Popolazione di soggetti tossicodipendenti 60%.
- Strutture terapeutiche esistenti 5%.

L'assegnazione del *budget* per singola Azienda Sanitaria Locale stabilisce le risorse economiche alla stessa, garantite per l'arco temporale dei tre anni.

1.4 I piani territoriali.

I principi previsti per contrastare il fenomeno della tossicodipendenza sono i seguenti:

- nei servizi che si occupano di tutte le sostanze che provocano dipendenza, incluse quelle legali.
- Nell'interesse dei servizi alla persona, quale portatrice di un bisogno, indipendentemente da un'effettiva richiesta di “ intervento terapeutico”.
- Nel carattere interdisciplinare degli interventi (preventivi, terapeutici e riabilitativi) e nella reale integrazione programmatica ed operativa tra i servizi e socio assistenziali con le altre realtà territoriali.
- Nelle azioni di contrasto e riduzione delle condizioni di rischio e di emarginazione nella popolazione con problematiche di dipendenza.
- Nella promozione della partecipazione, incluso lo sviluppo di diverse forme di collaborazione ed accordo tra i diversi attori del sistema di intervento, quali ad esempio: accordi di programma, protocolli di intesa, patti territoriali.

Gli obiettivi individuati per contrastare il fenomeno sono:

- approfondimento del fenomeno e della sua evoluzione in relazione al mutamento dell'uso di sostanze connesse con i nuovi mercati.
- Sviluppo di un sistema di prevenzione adeguato ai cambiamenti rilevati.
- Ridefinizione del sistema dei servizi per le tossicodipendenze (pubblici e privati) in relazione all'evoluzione del fenomeno e omogeneizzazione all'interno del sistema-sanitario.
- Aggiornamento e riqualificazione degli operatori dei servizi per l'acquisizione di conoscenze e strumenti per adeguare il sistema di intervento ai sempre nuovi bisogni.

I risultati previsti sono:

- Potenziamento delle azioni di prevenzione a contrasto del fenomeno.
- Consolidamento della rete di interventi che veda coinvolti i servizi pubblici e privati, orientati ai bisogni dei soggetti e delle famiglie.
- Costruzione di indicatori di riferimento per la valutazione della qualità di intervento.

- Definizione di *standard* di qualità di offerta correlata alla domanda diversificata ed alla sua evoluzione.

Questa circolare regionale prevede che i progetti, siano attivati nelle seguenti aree: prevenzione, riduzione del danno, trattamento, reinserimento.

Ciascuna Azienda Sanitaria Locale individua, a partire dagli orientamenti assunti a livello regionale nell'ambito delle finalità indicate dal Comitato interministeriale per la lotta alla droga, le priorità di area sulla base dell'analisi del bisogno e delle necessità effettive, ponendo attenzione alle risorse economiche garantite e tenendo conto degli obiettivi previsti dal Piano Strategico Aziendale.

Il Piano Triennale di intervento costituisce lo strumento di pianificazione territoriale che consente di mettere in rete le potenzialità presenti sul territorio e per una realizzazione efficace delle attività e degli obiettivi. Il piano territoriale deve contenere:

- La rilevazione dei bisogni del territorio.
- L'analisi delle risorse e delle esperienze già attivate con particolare attenzione e delle esperienze già attivate con particolare attenzione ai progetti di portata pluriennale già approvati con le risorse del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga relativo agli esercizi finanziari pregressi.
- La definizione delle aree che richiedono interventi ed azioni innovative e/o l'attivazione di nuove risorse.
- L'identificazione delle finalità e degli obiettivi territoriali da raggiungere nel triennio e considerati prioritari in relazione agli obiettivi strategici previsti a livello aziendale.
- L'articolazione degli interventi suddivisi per area (prevenzione primaria/secondaria/terziaria, trattamento, reinserimento, riduzione del danno) mediante progetti immediatamente esecutivi, che possono concludersi entro l'anno o avere una durata complessiva superiore l'anno (non oltre il triennio) con una descrizione delle metodologie che si intendono utilizzare, delle fasi di realizzazione previste in ciascun anno di riferimento e degli obiettivi intermedi a loro assimilabili.
- La formulazione del piano di finanziamento, ripartito per annualità con indicazione dei costi previsti relativi alla prima annualità e di un preventivo di

massima per i due esercizi successivi e secondo la durata dei progetti stessi e secondo un'articolazione analitica (risorse umane, risorse materiali, spese gestionali, spese di adeguamento, ecc.). Il costo potrà essere altresì coperto totalmente, anche mediante cofinanziamento derivante da risorse economiche diverse.

- Le modalità di valutazione dei risultati, dell'efficacia degli interventi e del raggiungimento degli obiettivi prefissati.
- Le modalità di rapporto tra istituzioni pubbliche e tra queste e le risorse non istituzionali.
- L'indicazione degli enti coinvolti nei diversi percorsi progettuali contenuti nel piano territoriale nonché le modalità di comunicazione.

Il Piano Territoriale è deliberato dall'Azienda Sanitaria Locale ed approvato dalla Regione che procede all'erogazione dei finanziamenti nei limiti del *budget* assegnato ad ogni ambito. I finanziamenti assegnati si intendono con vincolo di destinazione per l'attuazione del piano territoriale. L'Azienda Sanitaria Locale è tenuta a presentare periodicamente alla Regione un consuntivo contenente le informazioni relative alla valutazione di qualità degli interventi e dei risultati raggiunti.

Nel caso in cui, trascorsi sei mesi dall'erogazione del finanziamento, gli enti gestori di intervento, destinatari di contributo non abbiano provveduto all'avvio della fase di realizzazione del progetto, l'Azienda Sanitaria Locale, in seguito ad opportune verifiche, comunicherà alla Regione l'entità delle spese non impegnate, che ridefinirà il fondo all'interno dello stesso ambito territoriale o in altro.

Gli enti beneficiari di contributo dovranno a riguardo rendicontare all'Azienda Sanitaria Locale le spese sostenute entro il 30 settembre di ogni anno.

L'attività di verifica e di controllo sui percorsi progettuali è svolta dall'Azienda Sanitaria Locale nell'ambito del servizio di vigilanza. Questo aspetto, sarà approfondito nel quinto capitolo.

CAPITOLO 2°: COME NASCE UN PROGETTO NEL SOCIALE.

2.1 La programmazione ed i progetti sociali.

Prima di dettagliare la fisionomia dei progetti e di descriverne l' *iter* d'ideazione ed attuazione, è opportuno premettere una definizione di programmazione sociale, poiché i progetti trovano collocazione al suo interno. La programmazione sociale costituisce, rispetto ai progetti, un aspetto macro poiché riguarda le linee generali di una *policy* e può essere svolta da Ministeri, Regioni, etc, mentre il progetto è volto a realizzare un intervento specifico di livello operativo.

In Italia la programmazione sociale ha avuto un avvio lento e solo a partire dal D.P.R. n. 616/1977⁴², molte competenze dello Stato sono state assegnate alle Regioni. Dalla fine degli anni '80 la programmazione è attivata per settore, singoli servizi e per ambiti territoriali circoscritti. Con gli anni '90 la programmazione sociale conosce una fase di sviluppo e si diffondono progetti per aree specifiche (marginalità, giovani, anziani, etc.).

Secondo Siza “un primo rilevante ambito applicativo della pianificazione sociale è costituito dalla predisposizione di programmi sociali che accompagnano lo sviluppo volto a limitare gli effetti sociali della crescita, ed affermare priorità d'ordine sociale l'esigenza di destinare risorse a tutela sociali più precarie per favorire l'integrazione”⁴³.

La programmazione sociale ha quindi l'utile funzione integrativa in quanto si producono attività e servizi alla persona in un'ottica promozionale. Definisce anche gli obiettivi e le priorità d'intervento attraverso piani e programmi e promuove interventi di tipo sociale e d'azione educativa. All'interno della programmazione sociale si collocano i piani regionali, i piani socio-assistenziali, i progetti obiettivo, i progetti sociali.

⁴² Decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977 n.616, *Attuazione della delega di cui all'articolo 1 della legge 22 luglio 1975 n.382*.

⁴³ Siza R., *Progettare nel sociale: regole metodi e strumenti per una progettazione sostenibile*, Franco Angeli, Milano, 2002, pag.19.

Secondo Orsenigo il “progettare è generalmente inteso come una prefigurazione dell’azione del processo, quindi delle sequenze d’atti che dovrebbero portare ad un risultato anticipatamente definito: l’obiettivo”⁴⁴.

Per Leone invece la progettazione sociale è un “un’attività cognitiva che riguarda la trasformazione di ‘materiali’ e condizioni: c’è una progettazione urbanistica, si progetta un *soft-ware* una strategia d’attacco o difesa militare, una nuova rivista, un furto, un nuovo prodotto, un cambiamento organizzativo, un corso di formazione, un programma politico, un intervento educativo e riabilitativo”⁴⁵. Il progettare nel sociale secondo quest’autrice ha varie caratteristiche: sono prodotti, servizi alla persona, gli operatori sono dei professionisti o para professionisti, molteplici tipologie organizzative e professionali, è sono coinvolti molti attori, molteplici tipologie organizzative e professionali, complessità dei fenomeni oggetto d’intervento, forte dipendenza dai finanziamenti pubblici.

Le definizioni di progetto sono molteplici.

Secondo Archibugi “il progetto di un intervento, di un servizio, sembra significare la proiezione nel futuro di un’idea da realizzare, dopodichè l’evento si è concluso”⁴⁶.

Per Leone la locuzione “progetti nel sociale” sta ad indicare “tutte quelle esperienze di progettazione che nascono nell’ambito delle politiche sociali, e sono realizzate dai servizi pubblici, privati e privato sociale nelle seguenti aree: sociale, psicologica, sanitaria, educativa, culturale, del tempo libero, dell’occupazione e nello sviluppo della comunità”⁴⁷.

Secondo la Scuola di Direzione Aziendale dell’Università Bocconi di Milano il progetto è “un insieme d’attività tra loro correlate e interdipendenti, volte al raggiungimento preciso, con un limite di tempo determinato, un *budget* di risorse

⁴⁴ Orsenigo A., *Progettare alcuni nodi critici* in “Quaderni di Animazione e Formazione”, La progettazione sociale, Edizioni Gruppo Abele, 1999, pag.25.

⁴⁵ Leone L., Prezza M., *Costruire e valutare i progetti nel sociale. Manuale operativo per chi lavora su progetti in campo sanitario, educativo e culturale*, Franco Angeli, Milano, 1999, pag. 9.

⁴⁶ Archibugi F., *Principi di pianificazione regionale*, Franco Angeli, Milano 1982 op. cit. in Siza R., *op cit.*, pag.38.

⁴⁷ Leone L., Prezza M. , *op. cit.* pag. 9.

stabilite, che sono avviate alla ricerca di un aumento di valore per l'azienda o per il soddisfacimento delle esigenze del cliente”⁴⁸.

Secondo Hirschman⁴⁹ il progetto richiede:

- un obiettivo;
- una certa definizione minima;
- una determinata localizzazione;
- implica l'introduzione di qualcosa di qualitativamente nuovo e le attese per l'avvio di una sequenza d'ulteriori processi di sviluppo;
- costituisce un aggregato di spesa pubblica che per quanto piccolo provoca tuttavia un coinvolgimento diretto d'altre autorità pubbliche, rappresenta una frazione privilegiata del processo di sviluppo.

Questi aspetti saranno trattati ed approfonditi di seguito.

La maggior parte degli esperti che si sono occupati dell'argomento sembrano tutti concordare che i progetti nel sociale implicano attività di varie aree, innovative rispetto alle attività già poste in essere dai servizi pubblici e privati, dove sono previsti un insieme di persone e risorse finalizzate a raggiungere uno specifico obiettivo, con un *budget* definito e predeterminato in un periodo stabilito.

Le caratteristiche dei progetti possono essere così sintetizzate⁵⁰:

- attività non ripetitiva;
- attività finalizzata al raggiungimento di un obiettivo;
- attività con obiettivo chiaro e ben definito coerente con la *mission* e la *vision* del soggetto proponente/realizzatore;
- attivi con obiettivo da raggiungere in un periodo determinato. La gestione di un progetto, conclusosi in un periodo compreso tra 1 e 2/3 anni. Sui tempi brevi sarebbe difficile fare programmazione, e rispetto a tempi più lunghi si perderebbe l'incisività propria delle logiche di cambiamento. Il progetto ha tempi e meccanismi di prevedibilità ben definiti perciò sarebbe molto difficile provvedere e programmare il suo sviluppo per un tempo superiore ai tre anni;

⁴⁸ Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L., *Principi Project Management* in Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L.: *Project management. La gestione per i progetti. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e i Dipartimenti Dipendenze*. Regione Veneto, 2002, pag. 2.

⁴⁹ Siza R., *op cit.*, pag. 39.

⁵⁰ Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L., *op cit.*, pag. 4.

- attività con obiettivi e risultati all'interno di un *budget* prefissato.

In base a queste definizioni e cercando di darne un'univoca, si può intendere per progetto un'azione comprendente ruoli, attività, risorse che, nello scenario delle politiche sociali, ha come finalità il raggiungimento di obiettivi specifici, in un tempo e con finanziamenti definiti. L'obiettivo dei progetti è anche quello di incrementare gli interventi, rivolti ad una popolazione *target*.

Per quanto riguarda i progetti previsti dal D.P.R. n.309/1990⁵¹ e dalla legge n.45/1999⁵², la loro finalità, come già riportato nel primo capitolo, è di incrementare sempre di più quegli interventi di prevenzione, riduzione del danno, trattamento e reinserimento sociale.

⁵¹ D.P.R 9 ottobre 1990 n.309, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*.

2.2 Le fasi di un progetto sociale.

Il percorso di progettazione si struttura in cinque fasi che possono essere sintetizzati come illustrato dallo schema n.1:

FASE	ATTIVITA'
◆ IDEAZIONE	◆ Analisi preventiva e rilevazione dei problemi da trattare. ◆ Studio di fattibilità. ◆ Decisione.
◆ ATTIVAZIONE	◆ Pianificazione delle risorse: economiche, finanziarie, strumentali, personale, strategie d'intervento da utilizzare.
◆ PROGETTAZIONE	◆ Elaborazione del progetto cartaceo ed individuazione delle varie fasi d'intervento.
◆ REALIZZAZIONE	◆ Sviluppo del progetto.
◆ VALUTAZIONE	◆ Analisi dell'andamento e dell'esito del progetto.

Schema n.1.

L'attività di progettazione è un processo che prevede anche altri aspetti quali: documentazione, atti formali per la sua attuazione.

Nella progettazione vanno definiti e circoscritti gli oggetti, i soggetti, i metodi.

●1° Ideazione

E' il momento in cui una o più persone pensano ad un'iniziativa e ad un progetto che nasce dall'individuazione, da parte di operatori, di un problema e/o di un bisogno d'intervento con lo scopo di risolverlo e di promuovere maggiore benessere nella popolazione.

L'ideazione può essere di tipo *top-down*, cioè generata dai vertici per esempio, dell'Azienda Sanitaria Locale e recepita dai responsabili di un'unità operativa, oppure può essere di tipo *botton-up* quando il responsabile di un'unità organizzativa propone alla Direzione di un progetto.

⁵² Legge 18 febbraio 1999 n.45, *Disposizioni per il Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze.*

I soggetti promotori di un progetto, possono essere diversi: Azienda Sanitaria Locale, Comune, Enti del privato sociale (comunità terapeutiche, cooperative sociali, etc). I diversi promotori del progetto avranno funzioni specifiche: soggetto promotore, soggetto titolare, soggetto finanziatore, soggetto realizzatore o attuatore e soggetti della rete d'implementazione⁵³. Per esempio un Comune elabora un progetto e partecipa al bando di assegnazione dei fondi previsti dalla legge n.45/1999⁵⁴. Se il progetto è approvato, il Comune diviene il soggetto titolare mentre le attività possono venire svolte da un ente del privato sociale.

“Quasi sempre i progetti si attivano a partire da una connessione tra risorse in precedenza poco evidenziate (umane, materiali, finanziarie) e poco utilizzate e desideri trasformativi”⁵⁵.

Il *Project Manager* “è il responsabile formale del progetto nel suo complesso e deve garantire che il risultato finale sia realizzato in coerenza con i costi, i tempi e la qualità definiti inizialmente”⁵⁶.

Il progetto nasce come sottolineato da Orsenigo “per fornire servizi adeguati o di qualità è dunque fondamentale rispondere a ciò che la popolazione o il mercato richiede. Di fronte alla dinamicità e complessità delle situazioni, la domanda sembra un po’ diventare la stella polare di chi deve progettare le attività o la riorganizzazione. Ma una definizione o un’analisi della domanda effettuata dai vertici o da centri specialistici, quindi necessariamente generale, si è in sostanza evidenziata come insufficiente. E’ diventata necessaria una capacità decentrata, se non diffusa, di lettura della domanda”⁵⁷.

La domanda è collegata ad uno stato di bisogno, ad un desiderio di cambiamento cui può essere dato un significato.

Il problema invece “è una rappresentazione più chiara e articolata rispetto al disagio o al desiderio, che invece si caratterizzano per una certa vaghezza”⁵⁸.

⁵³ Leone L., Prezza M., *op cit.* pag.71.

⁵⁴ Legge 18 febbraio 1999 n.45, *Disposizioni per il Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze*

⁵⁵ Leone L., Prezza M., *op. cit.*, pag. 58.

⁵⁶ Simeoni E., Serpelloni G., *op cit.* pag.7.

⁵⁷ Orsenigo A., *Elementi di progettazione* in “*La progettazione sociale*”, Quaderni di Animazione e Formazione, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1999, pag.99.

⁵⁸ *Ibidem*, pag. 100.

Questa differenza va tenuta in considerazione; rispondere ad un bisogno specifico non è equivalente a rispondere ad un problema dato che il bisogno è una rappresentazione meno definita e chiara rispetto al problema.

Partire da questa differenza è importante nell'ideazione di un progetto, poiché da ciò conseguono gli impatti, gli esiti ed i risultati. E' importante, in questa fase, l'individuazione dell'oggetto di lavoro cioè la definizione del problema o dei problemi che si vogliono trattare.

La nascita di un progetto richiede la rilevazione di dati e di tutti quegli elementi utili per inquadrare il problema. Come afferma Brunod “i dati rilevabili non sono solo quelli che misurano in termini quantitativi specifici aspetti, per esempio il numero di nuovi utenti coinvolti nel progetto, la quantità di prestazioni erogate dagli operatori, ecc. ma tutti quei dati che evidenziano elementi qualitativi che difficilmente sono traducibili in fattori numerici (il clima del gruppo, i cambiamenti di un utente in relazione alle attività terapeutiche svolte, ecc) ”⁵⁹. Per esempio il progetto della legge n.45/1999⁶⁰, dell'Azienda Sanitaria Locale Città di Milano, dell'annualità 2001-2002, che ha per oggetto “Socializzazione e tempo libero”, è nato come risposta ai bisogni rilevati nell'ambito dei gruppi di lavoro cittadini (dell'Azienda Sanitaria Locale, SerT, Ufficio Tossicodipendenze, Ufficio Formazione Lavoro del Comune di Milano) nell'area del reinserimento lavorativo. Quindi questo progetto è stato attivato per dare una risposta agli ex tossicodipendenti attraverso il reperimento di un lavoro, di un'abitazione, di attività di socializzazione, al fine di una buona riuscita del percorso riabilitativo.

● 2° Attivazione

Delineata l'ipotesi s'individuano le risorse economiche, finanziarie e strumentali, si definiscono il problema e le strategie d'intervento, si identifica il ruolo di chi ha la titolarità del progetto e quello degli altri soggetti coinvolti, si analizza la domanda della committenza, si sviluppano alleanze con le varie organizzazioni coinvolte.

A secondo dell'approccio utilizzato, la definizione del problema è il punto nodale del progetto ed è anche importante considerare i vari attori ed i destinatari

⁵⁹ Brunod M., *Il trattamento dei dati nella progettazione dei servizi* in “La progettazione sociale”, Quaderni di Animazione e Formazione, Edizione Gruppo Abele, Torino, 1999, pag.125.

coinvolti. E' in questa fase che si iniziano a definire le strategie d'intervento, gli approcci e le azioni da perseguire.

Nei progetti della legge 18 febbraio 1999 n.45⁶¹, per esempio l'individuazione dei problemi da trattare è da ricondurre ad aree predefinite: prevenzione, riduzione del danno, trattamento e reinserimento sociale. Nell'ambito di queste aree sono individuati, poi nello specifico, i bisogni trattabili. I soggetti proponenti/coinvolti possono essere, come già precedentemente detto: l'Azienda Sanitaria Locale, il Comune, gli enti del privato sociale (comunità, cooperative, etc.).

Talvolta si può presentare una doppia committenza interna, tra i vari livelli coinvolti del progetto.

Per Leone questa fase ha le seguenti funzioni⁶²:

- sviluppare *partnership* e alleanze significative con altre organizzazioni;
- individuare e attivare possibili risorse: risorse umane, capacità professionali, competenze organizzative, risorse finanziarie, legittimità sociale e visibilità, consenso;
- individuare ed esplicitare le strategie alla base del progetto;
- sviluppare una costruzione sociale della definizione di problema insieme con altri attori locali.

In un progetto che si occupa della fase del reinserimento sociale di utenti ex tossicodipendenti, per esempio sono da coinvolgere nel progetto tutti i *partner* significativi rispetto quest'area. Si può pensare ai Servizi per le Dipendenze, al Servizio Mediazione lavoro del Comune, alle cooperative che si occupano di reinserimento lavorativo, etc. Si viene pertanto a creare una rete di attori co-protagonisti che contribuisce alla definizione del problema ed all'articolazione del lavoro successivo.

In questa fase si vengono a definire anche le strategie che servono ad orientare le azioni ma non ne determinano le evoluzioni successive. Spesso ci si riferisce a due strategie d'intervento tecnico metodologico quali il lavoro sociale di rete e l'*empowerment* locale⁶³.

⁶⁰ Legge 18 febbraio 1999 n.45, *Disposizioni per il Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze*.

⁶¹ *Ibidem*.

⁶² Leone L., Prezza M., *op. cit.*, pag.60.

⁶³ *Ibidem*, pag. 66.

Il lavoro sociale di rete consente di sviluppare, stimolare, valorizzare reti di supporto sociale e consente di favorire la risoluzione di molteplici problemi sociali.

Con il termine *empowerment*, invece, s'intende un processo attraverso il quale le persone divengono consapevoli delle cause della loro povertà ed emarginazione e si organizzano per utilizzare le energie e le risorse, per modificare tali condizioni.

● 3° Progettazione.

Nella fase della progettazione si attua l'elaborazione del progetto su supporto cartaceo: identificazione, programmazione delle varie fasi dell'intervento. S'individuano i tempi, gli strumenti e le necessità tecniche da utilizzare nell'operatività. Il progetto deve essere articolato con una modalità che evidenzi: il titolo, l'obiettivo generale, sottoprogetti specifici ed obiettivi specifici, azioni specifiche dei sottoprogetti o obiettivi specifici, condizioni organizzative, indicatori di risultato.

“E' necessario innanzi tutto dare al progetto un'identificazione generale: nel titolo devono essere collocate due o tre parole che diano un'idea del reale contenuto del progetto. Il titolo rappresenta uno degli elementi più importanti per la compilazione di una descrittiva del progetto”⁶⁴.

L'obiettivo generale deve riportare lo scopo e le finalità dell'intervento e quindi quali sono le finalità che si vogliono perseguire.

Andrà specificata pertanto, l'area dell'intervento (prevenzione, cura, riduzione del danno, reinserimento sociale) e a chi è rivolto l'intervento (ex tossicodipendenti, tossicodipendenti attivi, etc).

Rispetto agli obiettivi, nel progetto si distingue:

- l'obiettivo generale che indica la direzione strategica;
- sottobiettivi che definiscono gli scopi che s'intendono raggiungere. Possono esservi uno o più obiettivi. Quando l'obiettivo è molto ampio, prima di passare alla definizione degli obiettivi specifici, sarà utile scomporlo in più sott'obiettivi, dai quali discenderanno gli obiettivi specifici;

⁶⁴ Simeoni E., Serpelloni G., *op cit.* pag .10.

- obiettivi specifici : con il termine obiettivi specifici s'intendono "i risultati attesi che dovrebbero derivare dalle azioni che s'intende intraprendere sulla popolazione *target*"⁶⁵.

L'obiettivo specifico, per essere definito tale, deve possedere almeno quattro caratteristiche principali⁶⁶:

- deve essere chiaro e sintetico comprensibile negli intenti e valutabile nella fattibilità.
- Tempificato: tempi di realizzazione.
- Collegato ad indicatori rappresentativi per la valutazione di *output* (prestazioni erogate) e *outcome* (esiti degli interventi sui destinatari).
- Quantificato nella dimensione di *output* minimo atteso e nei costi.

Lo schema n.2 rappresenta le caratteristiche di un obiettivo specifico; quest'ultimo deve essere sempre correlato ad un problema e messo in relazione con un intervento logicamente e conseguentemente interrelato. La soluzione del problema e la sua percezione attraverso un'opera di valutazione costante potrà riportare un *feedback* sia di conferma del raggiungimento dell'obiettivo specifico o di una ridefinizione in caso di non raggiungimento⁶⁷.

1	Specificità (azione su fattori determinanti il problema, ecc)
2	Con livelli di Qualità Attesa espliciti
3	Misurabilità (indicatori quantitativi)
4	Quantificazione dei risultati minimi attesi
5	Tempificazione (tempi di consegna/realizzazione)
6	Collegamento alle risorse disponibili (individuazione precisa)
7	Fattibilità (valutazione realistica)
8	Coerenza con i mandati istituzionali

Schema n.2: Tratto da Simeoni E., Serpelloni S., *op. cit.* pag.41.

Un obiettivo specifico può essere condizionato da vari fattori quali per esempio, urgenza dei bisogni e il grado di affrontabilità del problema e delle relative risorse

⁶⁵ Simeoni E., Serpelloni S., *op cit.*, pag. 41.

⁶⁶ *Ibidem*, pag. 41-42.

⁶⁷ *Ibidem*, pag.42.

disponibili. L'individuazione corretta degli indicatori specifici condiziona l'intero progetto e la sua realizzazione.

A ciascun obiettivo specifico è anche necessario collegare uno o più indicatori. Gli indicatori, come precisa Corbetta “sono concetti più semplici, ‘specifici’, traducibili in termini osservativi, che sono legati ai concetti ‘generali’ da quello che è definito un rapporto di indicazione, o rappresentazione semantica cioè di significato”⁶⁸.

La relazione tra obiettivi specifici ed indicatori è fondamentale nella definizione del progetto, dato che consente di iniziare a definire il piano di valutazione.

● 4° Realizzazione.

La quarta fase della progettazione corrisponde alla realizzazione dell'intervento ed implica l'avvio delle prime attività e verifica delle prime ipotesi, l'attuazione operativa degli interventi ed i cambiamenti necessari per il proseguimento del progetto. Si prevedono i processi di confronto e verifica in “itinerare” per produrre gli aggiustamenti necessari.

● 5° Valutazione

Nel corso di questa quinta fase si attivano processi di monitoraggio e verifica con l'obiettivo di attivare modifiche ed aggiustamenti del progetto. Questa fase inoltre è finalizzata a verificare gli esiti del progetto stesso. Quest'aspetto sarà trattato nel capitolo successivo.

⁶⁸ Corbetta P., *La ricerca sociale: metodologia e tecniche*. II Le tecniche quantitative, Il Mulino, Bologna 2003, pag.47.

2.3 La valutazione: aspetti metodologici.

Il tema della valutazione costituisce ambito di studio e teorizzazione sia da un punto di vista normativo sia d'intervento dei servizi socio-sanitari. In questi ultimi anni la diffusa esternalizzazione dei servizi a soggetti terzi fa sì che l'erogatore dei servizi non sia più solo l'ente pubblico, ma anche il privato sociale e altre risorse sia formali che informali, e l'efficacia dell'intervento. Al contrario di quanto accade nei servizi "economici", nei servizi sociali la "*customer satisfaction*" non necessariamente coincidono, così come la soddisfazione dell'utente non necessariamente presuppone l'efficacia degli interventi e viceversa⁶⁹.

Inoltre l'accreditamento delle strutture socio-sanitarie ha portato ad un ripensamento dei servizi anche al fine di una migliore qualità delle risposte ai bisogni. All'interno di questa nuova organizzazione dei servizi, la valutazione ha assunto un aspetto centrale.

Nel 1999 la Commissione dell'Unione Europea C.E. ha pubblicato una raccolta di sei volumi elaborati nell'ambito del programma *MEANS (Means for Evaluating Actions of Structural Nature)*. Questa raccolta è finalizzata a fornire indicazioni procedurali per la "valutazione di programmi socio-economici". La raccolta *MEANS* rappresenta un importante lavoro di elaborazione nella valutazione di programmi e progetti co-finanziati attraverso i Fondi strutturali. L'impostazione della valutazione dei programmi socio-economici nella raccolta *MEANS* si basa sulla definizione di "strutture di programma" per la costruzione di programmi, nonché l'analisi di multi-criteri per effettuare giuste decisioni, soprattutto quando gli obiettivi ed i vincoli non sono di natura economica con un'impostazione più sociologica che economica. Secondo il progetto *MEANS*: "la valutazione gioca un ruolo cruciale, sia come segnale di cosa deve essere fatto o no, sia come strumento capace di giustificare l'esistenza dell'azione pubblica agli occhi dei cittadini"⁷⁰.

⁶⁹ Chicco S., *Efficacia dell'intervento e soddisfazione dell'utente nella valutazione di servizio sociale: conciliazione delle due istanze a loro coniugazione in una prassi possibile anche attraverso una loro contaminazione*, in "Rassegna di Servizio Sociale", n.1/2004, pag.26.

⁷⁰ CE.1999, I 18.

In Italia il Decreto Legislativo del 14 giugno 1999 n.229⁷¹, nell'articolo 10 comma 1, ha evidenziato la valutazione della qualità indicando "... i criteri e gli indicatori, per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti sia rispetto agli obiettivi fissati del piano sanitario nazionale...".

Anche la legge 8 novembre 2000 n.328/2000⁷² ha modificato l'approccio agli interventi di *Welfare* finalizzati alla cura, prevenzione e promozione; l'articolo 3 comma 1 in particolare stabilisce che "per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali, in forma unitaria e integrata, è adottato il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto in genere".

Questa legge disciplina le competenze dei vari soggetti istituzionali coinvolti nella valutazione.

In realtà la valutazione dei progetti sociali è complessa per una serie di questioni:

- il risultato degli interventi dei progetti sociali è collegato al processo; come già affermato precedentemente, gli obiettivi sono legati ai bisogni della popolazione e presuppongono un lavoro di definizione e di concertazione tra i diversi attori coinvolti nella progettazione. Gli obiettivi sono il prodotto di un processo. Pertanto il risultato non è separabile dal processo, ma è un tutt'uno.
- L'oggetto della valutazione è complesso perché come osserva Neresini: "esistono situazioni oggettive, cioè date indipendentemente dai presupposti delle persone che osservano e dal contesto specifico all'interno del quale avviene tale osservazione, che determinano modalità di realizzazione e risultati degli interventi sociali"⁷³. Il compito del valutatore è quello di individuare metodi migliori per valutare i risultati dell'intervento.

⁷¹ Decreto legislativo, 14 giugno 1999 n.229, *Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1999 n.419, articolo 10 comma 1.*

⁷² Legge 8 novembre 2000, n.328 *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.*

⁷³ Neresini F., *La valutazione di un progetto. Documento presentato nell'ambito del Progetto "Sperimentazione coordinata di progetti adolescenti nel Mezzogiorno" Ministero dell'Interno e Fondazione E. Zancan, seminario d'Ostuni (BR) 14-16 aprile 1994, pag 35.*

- L'importanza di una progettazione condivisa e negoziata; la valutazione come sottolineato D'Angella e Orsenigo⁷⁴, è finalizzata alla costruzione di un senso condiviso del progetto per rilevare le discrepanze, le scissioni, gli scarti tra il senso e la teoria dichiarate e quelle che sono state agite.

⁷⁴ D'Angella F., Orsenigo A., *Per una progettazione. Tre approcci alla progettazione*, in "La progettazione sociale", Quaderni di Animazione e Formazione, Gruppo Abele, Torino, 1999, pag.64.

2.3.1 Che cosa è la valutazione.

La parola valutazione deriva dal latino e significa “dare valore, accertare”, se un risultato atteso è stato raggiunto. Nei servizi sociali si valutano:

- i casi per fornire migliori risposte alle esigenze individuali;
- gli interventi per offrire risposte omogenee efficienti ed efficaci;
- le politiche per offrire al territorio le risposte espresse dai bisogni sociali della popolazione.

In letteratura sono presenti elaborate diverse definizioni di valutazione.

Nello schema n.3 sono riportate le definizioni di alcuni ricercatori che da molti anni si occupano del tema della valutazione:

BEZZI	“La valutazione è principalmente (ma non esclusivamente) un’attività di ricerca sociale applicata, realizzata nell’ambito di un processo decisionale, in maniera integrata con le fasi di programmazione, progettazione e intervento, avente come scopo la riduzione della complessità decisionale, attraverso l’analisi degli effetti diretti e indiretti, attesi e non attesi, voluti non voluti, dell’azione, compresi quelli non riconducibili ad aspetti materiali” ⁷⁵ .
PALUMBO	“La valutazione è un’attività cognitiva rivolta a fornire un giudizio su un’azione intenzionalmente svolta o che si intende svolgere, destinata a produrre effetti esterni, che si fonda su un’attività di ricerca delle scienze sociali e che segue procedure rigorose codificabili realizzata con metodi rigorosi e codificati” ⁷⁶ .
STAME	“Valutare significa analizzare se un’azione intrapresa per uno scopo corrispondente ad un interesse collettivo abbia ottenuto gli effetti desiderati o altri, ed esprimere un giudizio sullo scostamento che normalmente si verifica, per proporre eventuali modifiche che tengano conto delle potenzialità manifestatesi (...) si valuta per sapere non solo se un’azione è stata conforme ad un programma esistente, ma anche se il programma è buono” ⁷⁷ .
BERTIN PORCHIA	“La valutazione ha lo scopo di assegnare un valore all’azione svolta e ri riuscire a comunicarlo agli altri. Questa duplice anima di giudizio e di

⁷⁵ Bezzi C., *Il disegno della ricerca valutativa*, Franco Angeli, Milano, 2001, pag. 29.

⁷⁶ Palumbo M., *Il processo di valutazione*, Franco Angeli, Milano, 2001, pag. 59.

⁷⁷ Stame N., *L’esperienza della valutazione*, Seam, Roma, 1998, pag. 91.

	comunicazione determina la natura del processo valutativo, la complessità che deve essere affrontata” ⁷⁸ .
SETTI BASSANINI	“La valutazione è un processo che ricerca e valorizza gli aspetti contraddittori e inattesi che mettono fortemente in crisi il modello dato e li considera tracce di un ordine diverso la cui rivelazione costituisce oggetto di specifiche attenzioni” ⁷⁹ .

Schema n.3.

Queste definizioni attribuiscono alla valutazione due funzioni:

- *accountability* esprime il “dovere che un soggetto responsabile di un’organizzazione (o di una politica, di un progetto) ha di ‘rendere conto’ a particolari interlocutori esterni delle scelte fatte, delle attività e dei risultati di cui è autore o responsabile”.⁸⁰ Questo implica che i due soggetti intrattengano un rapporto di *accountability* e non di delega di responsabilità.
- *Learning* cioè una funzione che interessa “l’insieme dei soggetti che hanno interesse ad un certo intervento pubblico”⁸¹. L’obiettivo della raccolta ed analisi delle informazioni consente di dare “una soluzione migliore ad un problema comune”⁸². Alla base di questa funzione gli autori si pongono alcuni quesiti: l’intervento è stato capace di produrre gli effetti desiderati? Quali effetti indesiderati ha prodotto? Quali ostacoli ha incontrato?

La valutazione come afferma De Ambrogio può essere considerata un processo di apprendimento in quanto sono raccolti dati, informazioni di ricerca, si analizzano e si esprimono giudizi e si mettono in atto strategie di miglioramento. “E’ pertanto attraverso la valutazione che i decisori si fermano a riflettere elaborano giudizi e possono pensare e ripensare strategicamente al proprio intervento e alle proprie politiche”⁸³.

La valutazione ha, come riferisce Bezzi, una serie di regole:

⁷⁸ Bertin C., Porchia S., *La valutazione*, in “Quaderni del Centro Nazionale di documentazione ed analisi per l’Infanzia e l’Adolescenza”, 15 marzo, 2000, pag. 81.

⁷⁹ Setti Bassanini M.C., *Valutazione degli interventi di prevenzione*, in Costanzi C., Lesmo C. (a cura di), *Adolescenti e prevenzione dell’AIDS*, Franco Angeli, Milano, 1991, pag. 239.

⁸⁰ Palumbo M., *op cit.*, pag. 79.

⁸¹ *Ibidem*, pag. 79.

⁸² *Ibidem*, pag. 79.

⁸³ De Ambrogio U. (a cura), *op. cit.*, pag.26.

- la procedura per la raccolta delle informazioni deve essere esplicita, chiara e riproducibile.
- Le informazioni devono essere pertinenti, affidabili, il più possibile complete.
- L'interpretazione deve risultare coerente, plausibile, non formulata tramite asserti ma attraverso serie di argomentazioni.

L'autore afferma "non esiste valutazione in senso professionale e scientifico, se non fondata sulla ricerca valutativa, che ne costituisce l'elemento fondante, specifico, essenziale (...). La ricerca valutativa non è una ricerca qualunque; se così fosse non ci sarebbe alcun bisogno di coniare un termine specifico"⁸⁴. Talvolta la valutazione non è finalizzata ad un percorso di ricerca cioè ad una raccolta di dati. La valutazione è la formulazione di un giudizio, mentre la ricerca valutativa è un processo di raccolta e analisi dei dati ai fini della valutazione. L'obiettivo principale della valutazione è pertanto quello di poter cambiare e modificare.

Esiste, inoltre un'ulteriore differenza fra valutazione e verifica; la verifica implica un'ottica strategica e cerca "quanto non è prevedibile a priori, considerandolo un possibile plus valore dell'interno al fine dell'apprendimento (*learning*) per il miglioramento. Offre pertanto sviluppi futuri consente di correggere il tiro da eventuali disfunzioni e, allo stesso tempo di migliorare l'intervento valorizzando quanto è emerso di nuovo e quanto è utilizzabile come risorsa"⁸⁵.

La verifica ed il controllo, invece, sono azioni più statiche finalizzate a qualcosa di stabilito a priori, mentre la valutazione è finalizzata a "costruire correggendo"⁸⁶. Secondo Setti Bassanini, la valutazione e la verifica non sono alternative ma fanno parte di uno stesso processo. "Gli interventi di controllo e verifica se esercitati in termini non esclusivi, possono infatti far parte di un processo di valutazione integrando altri percorsi di ricerca valutativa orientate all'individuazione dell'imprevisto, del plus valore prodotto da un intervento o da una politica sociale"⁸⁷.

⁸⁴ Bezzi C., *La valutazione ai servizi alla persona*, edizione fuori commercio per , 2000, pag.7

⁸⁵ Ambrogio U. (a cura), *op cit.*, pag.28.

⁸⁶ Ambrogio U. (a cura), *op. cit.*, pag.29.

⁸⁷ *Ibidem*, pag.29.

2.3.2 Le fasi della valutazione.

Nella progettazione sociale la valutazione può essere effettuata in diversi momenti; sia all'inizio sia alla fine su un mandato di e con obiettivi differenti. Può avere come oggetto diversi aspetti.

La valutazione può avere differenti finalità: migliorare la presa di decisioni, aumentare l'efficacia nella gestione, capire se un progetto sta funzionando, valutare l'utilità di iniziative e decidere se realizzarle o no, rispondere all'esigenza dei finanziatori. Si distinguono vari livelli e tipologie di valutazione:

- prima di decidere definitivamente *ex ante* se avviare un programma o no.
- Nello svolgimento per correggere errori di percorso valutazione in itinere.
- A conclusione per imparare dall'esperienza valutazione *ex post*.

La valutazione *ex ante* ha come obiettivo quello di capire se è opportuno intraprendere un determinato progetto, capire i costi e benefici e dare indicazioni rispetto agli stessi. E' un tipo di valutazione svolta prima dell'approvazione del progetto.

La valutazione *in itinere* è “quella valutazione che si realizza mentre il processo valutato è ancora in corso, al fine di conseguire l'adattamento e la correzione di eventuali deviazioni del progetto originario a causa di errori di progettazione o di modificazioni del contesto”⁸⁸. Lo strumento utilizzato è il monitoraggio che, secondo Masoni, “consiste nell'accertamento e nella descrizione puntuale e metodica dell'avanzamento di un progetto e la segnalazione tempestiva (spesso in tempo reale) di manifeste discrepanze rispetto a quanto prestabilito e comprende varie operazioni, quali la rilevazione dell'andamento la determinazione dell'esistenza di uno scarto tra andamento previsto e andamento effettivo, la segnalazione (automatica o ragionata) al centro di comando di tutti gli scarti che eventualmente eccedono (automatica o ragionata) al centro di comando di tutti gli scarti che eventualmente eccedono la tolleranza (*feedback*)”⁸⁹.

Secondo Stame informare e giudicare sono due funzioni diverse ma complementari, l'informazione è un momento importante della valutazione e non

⁸⁸ *Ibidem.* pag.34.

⁸⁹ Masoni V., *Monitoraggio e valutazione dei progetti*, Franco Angeli, Milano, 1997 opera citata in Siza R., *op. cit.*, pag. 42.

può sostituirla. L'autrice propone una distinzione, tra monitoraggio e valutazione, secondo lo schema riportato.

MONITORAGGIO	VALUTAZIONE
• Informazione • E' un'attività di management interno • Riguarda tendenzialmente tutti gli aspetti dell'azione resi misurabili • Per ogni progetto • Viene fatto con rilevazioni regolari come un flusso. • Misura il raggiungimento di uno <i>standard</i>	• Giudizio • E' svolta per un committente esterno interno • Riguarda alcuni aspetti (critici o esemplari) dell'azione riferiti a problemi o esiti • Per alcuni casi significativi o su un campione • Può essere fatta in diversi momenti e in un colpo solo • Misura dei rapporti quali efficacia, efficienza

Schema n.4.: Tratto da Stame N., *L'esperienza della valutazione*, Seam, Milano, 1998, in Siza R., *op.cit.*, pag.41.

Il monitoraggio risponde ai seguenti quesiti: si sta raggiungendo la popolazione *target*? Le attività in corso sono conformi alle attività progettate?

La valutazione *ex post* invece, viene effettuata a conclusione di un intervento ed è finalizzata ad analizzare se e come il progetto ha raggiunto gli obiettivi previsti. Si effettua in tre fasi misurando *output*, *outcome*, ed impatto.

Dal momento che le distinzioni sono varie e diversificate si propone di seguito lo schema n.5 che riassume le varie definizioni in ambito comunitario.

.TERMINE	ALTRE DEFINIZIONI	DEFINIZIONI MEANS
OUTPUT Realizzazione	Il risultato immediato di un'azione (cfr anche Agnoli e Fasanella 1996)	Il prodotto delle attività degli operatori, ottenuto in contropartita dal finanziamento erogato.
RISULTATO/I (Outcome)	Effetto di un'azione sui beneficiari (letto in rapporto agli effetti attesi dal programma, ove gli obiettivi sono tradotti in risultati attesi).	I vantaggi immediati che hanno tratto i destinatari dal programma, ossia i mutamenti che riguardano direttamente gli interessati.
OUTCOMES EFFETTI	Qualunque modifica del comportamento dei soggetti destinatari della politica.	Impatti specifici: conseguenze che si manifestano nel breve medio periodo tra i destinatari diretti.
IMPATTI	Qualunque effetto ottenuto dalla politica in esame, sia che riguardi i destinatari che altri soggetti. Include effetti inattesi e non previsti.	Impatti globali, conseguenze che si manifestano, nel breve e medio periodo, nelle persone e organizzazioni che non sono state interessate dal programma

Schema n.5.: Tratto da Palumbo M., op.cit., pag.192.

Rispetto alla valutazione *ex-post*, De Ambrogio suggerisce queste definizioni “nel primo caso la valutazione tenta di rispondere alla domanda se gli interventi o le politiche siano stati fatti”⁹⁰.

“Nel secondo caso se siano stati fatti bene o male (un esempio può essere costituito dall’adottare il criterio dei costi, cioè se sono costati troppo o troppo poco in relazione ai benefici proposti)”⁹¹.

Nella valutazione d’impatto, infine, la finalità è rilevare se l’intervento attuato ha una sua utilità per la popolazione *target*, verifica quindi se il progetto ha prodotto dei benefici e degli effetti.

Mentre l’*outcome* si riferisce all’effetto di un progetto per esempio in un progetto il numero di utenti che non utilizzano alcol o sostanze l’impatto è la conseguenza di un lungo periodo di un progetto. Come dice Bezzi ci si riferisce alle conseguenze economiche e sociali, dirette e indirette, positive o negative, sulla popolazione *target* e su altri soggetti coinvolti⁹².

Palumbo definisce esito⁹³ di un progetto, i risultati conseguiti da una politica con riferimento agli obiettivi previsti.

⁹⁰ De Ambrogio U. (a cura), *op cit.* pag. 35.

⁹¹ *Ibidem*, pag. 35.

⁹² Bezzi C. pag. 101

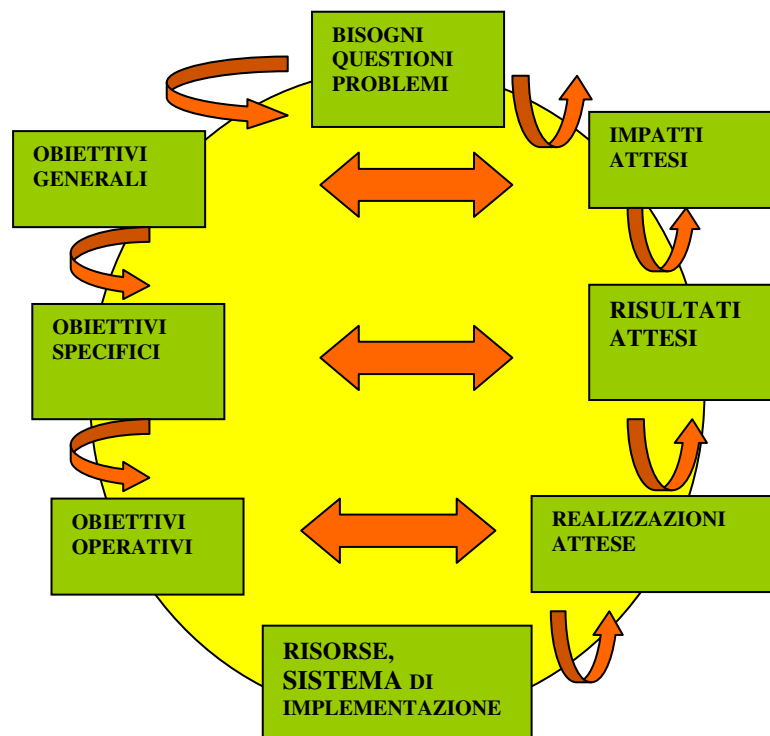
⁹³ Palumbo M., *op. cit.* pag.191.

Nella raccolta *MEANS* l'impatto viene definito come “la conseguenza dell'interazione diretta ed immediata del programma con i suoi destinatari distinguendo tra impatti specifici cioè gli effetti a medio termine e gli impatti globali cioè gli effetti del programma con i suoi destinatari”⁹⁴. Si distinguono quattro tipi di impatto:

- impatti a breve/lungo termine che corrispondono agli *output* (esiti immediati dell'azione); a lungo termine agli impatti in senso proprio.
- impatti specifici/globali cioè gli impatti che corrispondono agli obiettivi specifici, mentre quelli globali agli obiettivi generali del progetto.
- Impatti diretti o indiretti: l'impatto diretto è l'impatto intenzionale indiretto l'intenzionale.
- Impatti lordo/netto riguarda il legame causale tra l'intervento e l'effetto osservato: in questo caso vanno dedotti gli effetti che sarebbero accaduti anche senza l'intervento e di sostituzione cioè le “perdite” su altri fronti che compensano gli effetti dell'intervento. L'impatto netto è interpretato in rapporto con misure di popolazione di riferimento. Quindi gli effetti netti sono spesso effetti “approssimati”. Esemplificativo è la schema n. 6 che rappresenta il ciclo del programma⁹⁵:

⁹⁴ MEANS C.E 1999.

⁹⁵ C.E, 1999, I:92 *op. cit. in Palumbo M., op. cit., pag.193.*



Schema n.6: Tratto da Palombo M., *op.cit.*, pag.193

Come si può evincere dallo schema riportato, l'obiettivo *MEANS* è stato quello di rapportare ciascun obiettivo ad un esito da misurare. A secondo del tipo di valutazione assumono importanza i risultati quindi gli impatti. Gli impatti sono ordinati secondo un ordine crescente: i risultati includono le realizzazioni, gli impatti includono i risultati. La realizzazione ed i risultati del progetto derivano dagli obiettivi e gli impatti generali sono registrabili a partire dalla realtà cioè dagli effetti del progetto.

Tra le varie tipologie di valutazione, non va dimenticata quella di efficacia; per valutazione di efficacia, s'intende "il grado di conseguimento degli obiettivi, ovvero più in generale una valutazione degli esiti della *policy* alla luce degli obiettivi, dei bisogni e delle finalità che l'hanno originata"⁹⁶. La valutazione di efficacia si distingue in:

- un'efficacia interna o gestionale che riguarda la capacità di raggiungere gli obiettivi o i risultati attesi fissati da un progetto.

⁹⁶ Palumbo M., *op. cit.*, pag.185.

- Un'efficacia esterna o sociale che riguarda la capacità di un progetto o di un servizio di rispondere ai bisogni dei destinatari.

L'efficacia e l'efficienza sono collegate; la prima presuppone la seconda ma non viceversa poichè“è possibile in linea teorica allocare in modo ottimale le risorse senza minimamente incidere sui bisogni alla cui soddisfazione esse erano destinate”⁹⁷.

⁹⁷ *Ibidem* , pag.185.

2.3.3 Gli approcci e le metodologie alla valutazione.

Gli approcci e le metodologie alla valutazione sono di grande importanza perché da entrambe derivano i metodi ed i conseguenti strumenti da utilizzare .

Le distinzioni proposte da Stame prevedono tre approcci teorici:

- L'approccio positivista-sperimentale è nato negli Stati Uniti d'America nei programmi di "guerra alla povertà". Elemento centrale sono gli obiettivi del programma. La valutazione, in questo caso, consiste nel vedere se tali obiettivi sono stati raggiunti.
- L'approccio pragmatista della qualità riunisce varie scuole con caratteristiche diverse che hanno in comune uno stesso elemento di paragone: giudicare un programma in base ad un'idea di valore che può rappresentare un elemento importante per gli attori coinvolti nel programma e per i valutatori, o uno *standard* definito all'esterno del programma.

Il fondatore di questo approccio, Scriven, afferma che "il valutatore non deve farsi influenzare dagli obiettivi del programma e deve essere una "*goal free evolution* mettendo il programma ed i suoi obiettivi sopra tutto"⁹⁸.

I progetti devono venire finalizzati ad una scala di merito se vogliono essere considerati di buona qualità. La valutazione è finalizzata, in questo approccio a dare un parere su quanto si è avvicinati agli *standard*.

- L'approccio costruttivista del processo sociale si rifà ad una serie di modelli in cui la valutazione viene concepita come un processo sociale "e si svolge in un contesto politico ogni volta mutevole, in un contesto (Croanbach et al.1980)⁹⁹ con cui i valutatori interagiscono (la *responsive evaluation* di Stake 1980¹⁰⁰; inoltre, tutti quei modelli che insistono sulle finalità della valutazione di sviluppare le capacità degli utilizzatori, siano essi *stakeholders* o beneficiari, come

⁹⁸ Palumbo M. , *op cit.* pag.29.

⁹⁹ Croanbach J.L., *Designing Evaluations of Educational and social Programs*, San Francisco, Jossey-Bass, 1982 opera citata in Palumbo M, *op. cit.* pag. 31.

¹⁰⁰ Stake R., "Program Evaluation, Particularly Responsive Evaluation", in W.B Dockrell e D. Hamilton, a cura di *Rethinking Educational Research*, London, Hodder Stoughton, 1980 *op. cit.* in Palumbo M, *Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare*, Franco Angeli, Milano, 2001, pag. 32.

l'empowerment evaluation (Fetterman et al 1996)¹⁰¹, la “valutazione orientata all'utilizzatore” (Patton 1986.)¹⁰².

In questo approccio la valutazione va svolta tenendo conto che ogni volta che si attua un programma esso muta a contatto con il contesto. Ciò dipende per esempio, dai problemi portati dagli *stakeholders* che possono essere differenti pertanto gli esiti di un programma non potranno essere generici. La valutazione è finalizzata pertanto a comprendere le situazioni attraverso gli attori coinvolti nel progetto e definire meglio ciò che si può ottenere dai programmi.

Uno *stakeholders* “è qualcuno la cui conoscenza, i cui punti di vista o le cui azioni impattano sui risultati/successo del progetto. Tutti coloro che fanno parte del *team* di progetto sono anche, soltanto in virtù di appartenenza *stakeholders* del progetti, i quali, però comprendono molte più persone dei soli membri del *team* di progetto”¹⁰³.

Un'ulteriore distinzione si può cogliere tra valutazione *hard* e valutazione *soft*, come riportato dallo schema n.7.

L'approccio *hard* “è quello scientificamente più rigoroso nel misurare gli effetti netti di un intervento: la valutazione sperimentale (o ‘quasi o ‘non sperimentale’) che usa evidenze controfattuali rilevate in almeno due momenti (pre-post). E' il tipo *hard* perché usa generalmente termini numerici per verificare i cambiamenti intervenuti. L'uso di indicatori si presta infatti a funzioni molteplici: di *policy*, di cambiamento organizzativo, di apprendimento professionale”¹⁰⁴.

L'approccio *soft*, invece, “è meno centrato su uno sforzo di misurazione degli esiti finali e sposta l'attenzione sui passaggi intermedi e sul ruolo che i diversi attori hanno giocato in questi passaggi. Secondo queste metodologie l'analisi di impatto finale non può prescindere da un'analisi evolutiva dei singoli passaggi che l'hanno preceduto.

¹⁰¹ Fetterman D. M., Kaftarian Shakeh J, Wandersman Abraham (eds), *Empowerment Evaluation. Knowledge and Tools for Self-Assessment & Accountability*, Thousand Oaks, Sage, 1996, *op. cit.* in Palumbo M., *op. cit.*, pag.32.

¹⁰² Patton M., *Utilization-focused Evaluation*, Newbury Park, CA, Sage, 1986 *op. cit.* in Palumbo M., *op. cit.*, pag. 32.

¹⁰³ Forti D., Masella F., *Lavorare per progetti*, Raffaello Cortina, Milano, 2004.

¹⁰⁴ Pasquinelli S., *La valutazione d'impatto nell'ambito delle politiche sociali: esperienze sul campo, questioni di metodo*. Relazione sintetica per il V congresso pag 4.

Più che di impatto in senso proprio, questo approccio porta ad una valutazione di “risultato”, trattandosi generalmente di effetti lordi e spesso parziali”¹⁰⁵.

	A quale uso (a) e a quale oggetto (b) si adatta meglio	PREGI.	LIMITI.
Approccio “Hard” valutazione con gruppo di controllo analisi pre-post	(a) Quando il principale fruitore della valutazione è il <i>policy maker</i>. (b) Interventi su larga scala; numerose unità di valutazione.	Offre misure certe e comparabili. Fornisce l’effetto “netto” degli interventi valutati.	Esigente dal punto di vista dei costi e dei tempi. Offre pochi elementi per spiegare le differenze di impatto tra gruppo esposto e di controllo.
Approccio “Soft” valutazione partecipata Theory-Based- Evaluation.	(a) Quando il principale fruitore della valutazione è chi opera nelle organizzazioni/ progetti valutati. (b) Singoli progetti di tipo innovativo. (c) N. limitato di organizzazioni	Offre opportunità di apprendimento per gli attori. Offre elementi interpretativi in ordine agli impatti rilevati.	Scarsa compatibilità dei risultati. Individua gli effetti lordi, quando lo fa. L’autonomia del valutatore è sempre a rischio.

Schema n. 7.: Tratto da: Pasquinelli S., La valutazione d’impatto delle politiche sociali esperienze sul campo, questioni di metodo. Relazione sintetica per il V Congresso, dell’AIV, 2002, pag. 4.

¹⁰⁵ *Ibidem*, pag.4.

Analizzando lo schema n.7 di si può osservare, che l'approccio *hard* è centrato sulla valutazione d'impatto del progetto, mentre l'approccio *soft* è finalizzato ai singoli passaggi ed alle microfasi progettuali, sulla base del principio che non esiste un micro impatto e che i risultati raggiunti vanno posti in relazione alle loro fasi progettuali. C'è da dire che concentrarsi sull'impatto fa perdere però di vista i cambiamenti osservati. La valutazione *soft* come osserva Pasquinelli¹⁰⁶, rischia di enfatizzare i passaggi intermedi, le microfasi facendo perdere così di vista l'impatto finale.

Altri due approcci specifici alla valutazione, come riportato nello schema n.5, e che rientrano nell'area *soft* e costruttivisti sono: la *Theory Based Evaluation* e la valutazione partecipata.

La *Theory Based Evaluation* è nata negli Stati Uniti come programma d'intervento basata agli approcci di comunità. Essa propone di fondare le attività di valutazione sulla esplicitazione delle teorie sottostanti, ai diversi programmi di intervento. L'idea è che qualsiasi programma o progetto è basato su una qualche teoria, esplicita ed implicita, di come e perché il programma funziona.

Le teorie sottostanti ai programmi, sono le percezioni che i singoli attori hanno del progetto rispetto al problema da affrontare, su come e perché è in grado di trattarlo e di affrontarlo.

Ielasi afferma che le caratteristiche principali di questo approccio, sono:

- fondare le attività di valutazione sulla esplicitazione delle “teorie del cambiamento” che soggiacciono al progetto e nei termini di come nasce il problema, di come e perché è in grado di affrontarlo e trattarlo, di come influire su di una determinata situazione.
- Promuovere processi partecipativi, il confronto e la costruzione di idee condivise sui diversi aspetti del processo progettuale (strategie, obiettivi, metodologie e risultati). I diversi *stakeholders* sono coinvolti in questo processo ad esplicitare i loro obiettivi e strategie e a confrontarsi sulle diverse percezioni e teorie.

¹⁰⁶ Pasquinelli S., *op cit.* pag.5.

Compito della valutazione in questo approccio è quello di valutare le singole micro-fasi, al fine di verificare la tenuta della teoria e dell'efficacia del progetto, misurando poi man mano gli aspetti ed i cambiamenti attesi.

Questo tipo di approccio è indicato per quei progetti in cui sono poco definiti gli obiettivi, le strategie, le ipotesi di cambiamento, le attività e dove è difficile avviare un'adeguata valutazione.

Va ricordato che la valutazione in campo sociale non può prescindere dal coinvolgimento degli attori interessati nel progetto.

Bezzi definisce “valutazione partecipativa”, l'approccio valutativo che cerca di coinvolgere tutti gli *stakeholder*”¹⁰⁷.

Martini e Sequi invece definiscono la valutazione partecipata come “finalizzata non solo alla produzione del dato, ma alla produzione di soggetti collettivi capaci di produrre interpretare i dati, riconoscerli come propri e assumere la responsabilità rispetto all'azione successiva”¹⁰⁸.

Come afferma De Ambrogio¹⁰⁹, alla valutazione partecipata va attribuito un elemento innovativo che la caratterizza, anche rispetto ed esperienze partecipative dal passato, in modo particolare ci si rifà alla partecipazione spontanea tipica degli anni '70; l'obiettivo è la maggiore efficacia dell'intervento nell'interesse della popolazione. Per conseguenza il potere decisionale va attribuito ai soggetti destinatari. “La valutazione sarà maggiormente efficace (...) , se coinvolgerà a titolo partecipativo o consultivo, molti e diversi *stakeholders*, poiché aumenterà la comprensione e la conoscenza reciproca, renderà maggiormente efficace il processo e restituirà il senso del proprio agire”¹¹⁰.

¹⁰⁷ De Ambrogio U. (a cura), pag.49.

¹⁰⁸ *Ibidem*, pag 49-50.

¹⁰⁹ *Ibidem*, pag. 51.

2.3.4 Gli indicatori e la valutazione.

Gli indicatori costituiscono una delle componenti fondamentali nella progettazione e valutazione sociale. Esistono diverse tipologie di indicatori che vengono individuati sulla base degli obiettivi del progetto.

L'indicatore per Corbetta, è una rappresentazione specifica traducibile in termini osservativi, che sono legati ai concetti "generalisti" da quello che viene definito un rapporto di indicazione, o rappresentazione semantica cioè di significato¹¹¹.

Per altri autori, l'indicatore è "una caratteristica, o variabile (o rapporto tra variabili) osservabile o calcolabile che da indicazione su un certo fenomeno"¹¹².

Le caratteristiche dell'indicatore sono: deve essere chiaro, comprensibile nella sua forma finale, capace di rappresentare o riprodurre.

Secondo Brunod¹¹³ l'efficacia dell'indicatore consente di: mettere in evidenza l'aspetto preso in considerazione nel progetto, rilevare le differenze nella misura del fenomeno preso in considerazione, cogliere i tratti fondamentali del fenomeno, è calcolabile in modo semplice.

Gli indicatori devono rispettare, sia i requisiti metodologici (validità, attendibilità), sia i requisiti legati al problema di natura concettuale.

Prima di definire quali indicatori utilizzare nella valutazione, è opportuno effettuare una scelta legata alla fattibilità cioè ai costi ed agli sforzi da utilizzare per rilevarli.

Gli indicatori fondamentali nella valutazione sono di due tipi:

- gli indicatori di *output*¹¹⁴ in grado di rappresentare e quantificare le prestazioni erogate in un progetto. Vengono utilizzati per la quantificazione ed il monitoraggio delle attività e le azioni degli operatori. Per esempio numero dei colloqui, il numero di utenti contattati nel progetto.
- Gli indicatori di *outcome*¹¹⁵ sono gli indicatori quantitativi che servono ad evidenziare gli esiti prodotti, quindi i risultati finali del progetto con riferimento

¹¹⁰ *Ibidem*, pag. 58.

¹¹¹ Corbetta P., *op. cit.*, pag.47.

¹¹² Leone L., Prezza M., *op. cit.* pag. 141.

¹¹³ Brunod M., *op. cit.*, pag.126.

¹¹⁴ Serpelloni G., Simeoni E., Randazzo L., *op. cit.* pag. 45.

¹¹⁵ *Ibidem*. Pag. 45.

anche alle variazioni positive o negative nel tempo, di alcune variabili. Per esempio, in un progetto di reinserimento lavorativo, il grado d'integrazione sociale raggiunto dagli utenti.

Gli indicatori si possono suddividere in base a vari criteri:

- indicatori diretti¹¹⁶ servono a rappresentare il fenomeno o l'oggetto della conoscenza.
- Indicatori indiretti¹¹⁷ sono in relazione al fenomeno in oggetto di analisi e vengono utilizzati quando è difficile avere misure dirette del fenomeno. In modo particolare vengono utilizzati nel settore delle tossicodipendenze per rilevare informazioni sulla diffusione del fenomeno ed il numero di persone che usano sostanze stupefacenti. Esempi, concreti di questo tipo di indicatori sono: il numero di persone che muoiono per overdose o anche il numero di denunce per reati connessi all'uso di sostanze stupefacenti.
- Indicatori valutativi¹¹⁸ che permettono di valutare in che misura sono stati raggiunti gli obiettivi di un progetto.
- Indicatori di processo¹¹⁹ che servono a valutare le modalità d'implementazione del progetto.
- Indicatori di esito¹²⁰ utilizzati per la valutazione degli esiti finali.

Si può pertanto concludere che esiste un rapporto di indicazione tra indicatore e concetto da misurare; al variare dell'obiettivo varia anche l'indicatore.

¹¹⁶ Leone L., Prezsa M., op cit. pag. 143.

¹¹⁷ *Ibidem* pag. 143.

¹¹⁸ *Ibidem* pag. 144.

¹¹⁹ *Ibidem*, pag. 144.

2.3.5 Alcune indicazioni operative al piano di ricerca valutativa.

La valutazione è un'attività di ricerca che richiede una raccolta di dati e di informazioni. Va definito un disegno di ricerca che può variare in funzione dell'approccio utilizzato. De Ambrogio e Ielasi¹²¹ propongono un percorso suddiviso in:

- piano o disegno di valutazione, che è necessario costruire insieme al progetto d'intervento, in quanto ne è parte integrante.
- Processo di apprendimento: valutare non significa solo misurare, ma è un processo di apprendimento ed una risorsa per prendere delle decisioni “ciò che è veramente importante sono le interpretazioni i giudizi, le riflessioni che si compiono su dati e informazioni”¹²². Quindi è importante puntare l'attenzione “a cosa serve conoscere per prendere decisioni”¹²³.
- Coinvolgimento degli attori, al processo di valutazione. Ogni soggetto è portatore di aspettative e di obiettivi, che devono essere prese in considerazione.
- Il percorso di valutazione accompagna i progetti per tutta la loro durata, dalla fase di ideazione, a quella di attuazione, a quella finale e di eventuale riprogettazione.

Lo schema n. 8 riassume gli obiettivi e le motivazioni del percorso di valutazione.

¹²⁰ *Ibidem*, pag. 144.

¹²¹ De Ambrogio U (a cura)., Ielasi P., *op cit.* pag. 57-61.

¹²² *Ibidem*, 58.

¹²³ *Ibidem*, pag.58.

Valutazione ex ante	•Valutazione del contesto. •Valutazione della domanda. •Redazione del progetto di intervento. •Eventuale selezione fra sotto progetti/identificazione criteri per ripartizione di fondi. •Costruzione di un disegno generale di valutazione.
Valutazione in itinere	•Monitoraggio sullo stato di avanzamento del progetto (grado di conseguimento degli obiettivi/raggiungimento del target/utilizzo delle risorse). •Identificazione dei fattori organizzativi o di contesto che inibiscono/facilitino la realizzazione del progetto. - Identificazione delle modifiche rispetto al progetto iniziale. •Analisi dei punti forza e di debolezza dell'intervento •Raccolta dei primi <i>feedback</i> dai destinatari e dagli operatori. •Prime verifiche dei risultati ottenuti
Valutazione ex post	•Valutazione e verifica dei risultati attesi dall'intervento •Valutazione e verifica dei risultati attesi •Valutazione e verifica dell'impatto sulla popolazione target e sul territorio •Valutazione della riproducibilità/generalizzata •Valutazione della capacità generativa

Schema n. 8: Tratto da De Ambrogio De Ambrogio U (a cura), Ielasi P., *op cit.* pag. 57-61.

Gli autori citati sottolineano la difficoltà nell'individuazione degli indicatori, in modo particolare nei progetti di prevenzione e promozione. Come già affermato nel paragrafo precedente, l'indicatore serve a tradurre in elementi osservabili le domande di valutazione, attraverso gli esiti da valutare.

Come afferma Leone¹²⁴, gli indicatori possono essere sia qualitativi (presenza o assenza di una determinata condizione) sia quantitativi. In entrambe i casi sono numerose le possibilità di rilevazione. Esiste però una differenza, mentre il dato quantitativo è più facile da rilevare e da interpretare, il dato qualitativo è difficile da evidenziare e tradurre come dato tangibile. L'autrice¹²⁵ sintetizza, nello schema n. 9 riportato di seguito, la modalità di rilevazione degli indicatori:

¹²⁴ Leone L., Prezza M., *op cit.* pag.151.

¹²⁵ *Ibidem*, 151.

MODALITA' DI RILEVAZIONE	INDICATORI
Rilevazione dati da parte dello staff	• numero utenti contattati • numero presenti attività • numero contatti con operatori altri servizi • numero contatti con politici • numero ore dedicate dagli operatori alle singole attività, tipo ostacoli incontrati nelle diverse attività, ecc
Osservazioni partecipate	Interesse dei partecipanti, modalità di conduzione delle attività da parte operatori, ecc.
Questionari	• Caratteristiche utenti contattati (informazioni socio-demografiche, abitudini, valori, interessi, bisogni, ecc.) • Caratteristiche operatori (socio-demografiche, conoscenze, competenze, motivazioni, ecc) • Soddisfazione beneficiari, • Soddisfazione operatori
Interviste individuali	• Impressioni, riflessioni operatori, • impressioni, riflessioni beneficiari • Congruenza fra obiettivi progetto e bisogni • Impressioni, valutazioni di altri servizi/organizzazioni, di personaggi chiave, ecc
Discussione di gruppo (con gli operatori, ma anche con i beneficiari)	• Riflessioni, proposte, ricostruzione della storia e delle difficoltà del progetto, ipotesi riguardanti l'impatto, ecc.

Schema 9. Tratto da: Leone L., Prezza M., *op cit.* pag.151

Per Leone¹²⁶ la rilevazione di dati da parte degli operatori e la discussione di gruppo dovrebbero sempre essere utilizzate. Sono inoltre importanti le informazioni inerenti le attività svolte, come per esempio, le ore, dedicate alle attività del progetto dagli operatori.

Un'altra proposta è quella elaborata da De Ambrogio e Ielasi che si riporta nello schema n.10.

¹²⁶ Leone L., Prezza M., *op cit.* pag.152.

Strumenti	A cosa servono	Vantaggi	Svantaggi
Questionari Survey Checklist	• Raccogliere molte informazioni in un tempo relativamente breve.	• Si possono generalizzare i risultati. • Non sono invadenti. • Molti esempi possono essere utilizzati.	• Dati sommari • Non sono possibili analisi in profondità. • E' difficile che emergano aspetti inattesi o imprevisti. • Costi alti nel caso si debbano costruire campioni.
Interviste	• Analisi in profondità • Raccolta di dati completi su esperienze e aspettative. • Aumentano le conoscenze di un fenomeno.	• Ricchezza di informazioni. • Flessibilità. • Apertura a esiti e dati inattesi. • Sviluppo di relazioni.	• Bassa possibilità di comparazione e di generalizzazione. • Costi alti nel caso di analisi comparative • Invadenza. • Lunghi tempi di realizzazione. • Richiedono formazione complessa per gli intervistatori.
Griglie di osservazione	• Raccogliere informazioni dettagliate su come funziona effettivamente un progetto con particolare attenzione agli elementi di processo.	• Flessibilità. • Approfondimento. • Ricchezza di informazioni.	• Possibili difficoltà di interpretazione. • Rischio di influenza sui comportamenti degli osservati. • Analisi costosa.

Focus group	•Analizzare in profondità su una questione attraverso una discussione di gruppo guidata da un moderatore. - I partecipanti al gruppo devono essere rappresentativi delle categorie degli attori	•L'interazione fra i membri del gruppo produce più informazioni di quelle ottenibili con interviste singole. •Analisi approfondite •Dati approfonditi reperibili in tempi brevi	•Necessità di un moderatore esperto •Complessità della elaborazione e della analisi dei dati raccolti
Schede per la sistematizzazione e analisi di dati già esistenti	•Ordinare informazioni e realizzare analisi secondarie di dati già disponibili (dati statistici, registri di presenze, verbali di riunioni, diari di attività ecc.) •Per avere informazioni generali su come funziona un progetto	•strumento non invadente • Memoria storica • Nessun costo di rilevazione	•Bassa flessibilità: i dati ottenibili sono limitati a quelli già esistenti, organizzati secondo criteri già prefissati. • Le informazioni possono essere non complete. •Può essere difficile reperire o accedere ai data base

Schema 10. Tratto da: De Ambrogio U. (a cura) *op cit.* pag.66-67.

Sulla base di quanto esposto, si può affermare che per eseguire una valutazione corretta non esiste un'unica modalità. Gli schemi esemplificativi riportati costituiscono delle linee guida e dei punti di riferimento per un efficace lavoro di valutazione.

A conclusione di questo paragrafo si può affermare che la progettazione sociale è un percorso articolato che ha come punto di sintesi la valutazione. La progettazione e la valutazione sono strettamente connesse. Mentre nella progettazione si avvia un'idea che si concretizza successivamente nelle attività previste, la valutazione chiarisce l'andamento del progetto e permette di capire la sua efficacia ed efficienza

CAPITOLO 3° IL PERCORSO DEI PROGETTI DELLA LEGGE N.45/1999, A MILANO.

3.1 Il modello organizzativo di riferimento.

Il fenomeno delle dipendenze da sostanze stupefacenti a Milano ha subito nel corso degli anni importanti modificazioni. Tali cambiamenti li ho potuti verificare nel corso della mia esperienza professionale di assistente sociale in un SerT dell'Azienda Sanitaria Locale Città di Milano. Negli anni '70 e '80 la sostanza di maggiore uso era l'eroina: attualmente accanto ai tossicodipendenti che vivono situazioni di marginalità, sono sempre più presenti i poliassuntori. Questa nuova tipologia di consumatori è socialmente inserita e riesce a mantenere "aree di normalità" (studio, lavoro, relazioni sociali).

L'esperienza delle Unità da Strada indica inoltre la presenza in città, di un numero consistente di soggetti (tossicodipendenti, stranieri irregolari) che vivono processi di marginalità, non accedono al sistema dei servizi e i cui comportamenti si caratterizzano per condotte ad alto rischio. Gli obiettivi delle Unità da Strada sono molteplici;

- informare sui rischi e i danni connessi l'uso di droghe (rischi infettivi e l'*overdose*) puntando su una migliore consapevolezza dei consumatori riguardo le condotte a rischio;
- distribuire e scambiare presidi e profilassi (siringhe, acqua distillata, etc) ed infine facilitare il contatto con i servizi del territorio.

La complessità del fenomeno dipendenze rende necessario ed auspicabile, il potenziamento del lavoro di rete tra i servizi presenti sul territorio.

A Milano sono autorizzati/accreditati al funzionamento cinque strutture complesse e nove Unità semplici, come previsto dalla D.G.R. 5 dicembre 2003 n.7/15455 ¹²⁷.

Le attività previste da questi servizi sono:

- prevenzione delle dipendenze e dell'abuso di sostanze legali ed illegali;
- diagnosi, cura e riabilitazione dei soggetti in condizione di dipendenza o di abuso di sostanze stupefacenti ed *alcol*;

- assistenza per patologie correlate alle dipendenze;
- attività nell'area penale.

Tra le attività del settore pubblico delle dipendenze è prevista anche un'area di prevenzione specifica delle tossico ed alcol dipendenze ed un 'area Unità Mobili e interventi di strada. Per quanto invece riguarda il settore del privato sociale sono accreditate: sette comunità terapeutiche residenziali, due comunità di pronta accoglienza, un centro diurno semi-residenziale.

Esistono, inoltre, altre organizzazioni del privato, per esempio cooperative e associazioni che nel corso degli anni hanno sviluppato una serie d'interventi nel campo della prevenzione, cura e reinserimento delle tossicodipendenze. Queste organizzazioni gestiscono, da circa venti anni, varie attività (centri psicoterapici, centri d'ascolto, gruppi di auto aiuto, etc.). Con la D.G.R. del 29 marzo 2005¹²⁸ vengono stabiliti i criteri per l'accreditamento dei programmi di bassa soglia (unità di strada e *drop-in*), programmi di prevenzione specifica e di psicoterapia. Va inoltre ricordato che il Comune di Milano attraverso l'Ufficio Tossicodipendenze svolge funzioni di consulenza per l'Amministrazione Comunale negli ambiti di competenza dell'ente Locale in modo prioritario nelle aree della prevenzione e del reinserimento, come indicato dal D.P.R. n.309/1990¹²⁹. Nell'area della prevenzione l'Ufficio per le tossicodipendenze collabora con i Settori del Comune impegnati nelle politiche giovanili: Giovani, Ufficio Mediazione Lavoro, Settore del tempo libero, etc.

Vista la pluralità dei servizi del pubblico e del privato sociale che interagiscono l'organizzazione degli interventi per le dipendenze, prevede, come già riportato nel primo capitolo, il modello dipartimentale, che si occupa di affrontare le linee d'indirizzo e d'intervento. Per Dipartimento si intende "una particolare forma di organizzazione costituita da unità operative che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e

¹²⁷ D.G.R.5 dicembre 2003 n.7/15451, *Autorizzazione/Accreditamento dei Servizi Territoriali per le dipendenze dell'A.S.L. Città di Milano, ai sensi della d.g.r. 12621/2003.*

¹²⁸ D.G.R.11 marzo 2005 n.7/21084, *Determinazione dei requisiti standard per l'erogazione di programmi di bassa soglia, di prevenzione specifica, di programmi psicoterapici e di reinserimento sul territorio regionale-ex articolo 16. Atto d'intesa Stato- regioni 1 ottobre 1999.*

¹²⁹ D.P.R 9 ottobre 1990. n.309, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.*

responsabilità tecnico-funzionale e gestionale”¹³⁰. Il Dipartimento delle Dipendenze “tecnico-funzionale” è un’articolazione del Dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate dell’Azienda Sanitaria Locale.

Con delibera dell’Azienda Sanitaria Locale Città di Milano del 16 febbraio 2004 n.294 ¹³¹ la Direzione del Dipartimento è affidata dal Direttore Generale ad un Direttore di struttura complessa. Il Direttore del Dipartimento rimane in carica cinque anni e, nell’esercizio della sua funzione, risponde al Direttore Sociale dell’Azienda Sanitaria locale, garantisce il corretto funzionamento del Dipartimento e presiede il comitato di Dipartimento.

Il Comitato di Dipartimento è l’organo propositivo di programmazione del Dipartimento stesso e tra le sue funzioni vi è quella di predisporre il Piano Tecnico Triennale d’indirizzo Programmatico e di verificarne l’applicazione indicando anche priorità ed obiettivi per il Coordinamento Territoriale. Come già riportato nel primo capitolo, il Piano Territoriale rappresenta lo strumento che ogni comunità locale per leggere, valutare, programmare e guidare il proprio sviluppo, alla luce degli obiettivi a suo tempo definiti e dal complesso degli interventi già realizzati ¹³².

Il Comitato di Dipartimento dell’Azienda Sanitaria Locale Città di Milano è composto dal :

- Direttore del Dipartimento che lo presiede;
- da nove rappresentanti delle strutture accreditate a gestione privata;
- da nove rappresentanti delle strutture accreditate a gestione pubblica;
- da un rappresentante del Comune di Milano;
- da un rappresentante del volontariato.

E’ un organo del Dipartimento, il Comitato territoriale, presieduto dal Direttore Sociale dell’ Azienda Sanitaria Locale e coordinato dal Responsabile del Servizio Dipendenze. Ha compiti riguardanti i fondi per il finanziamento dei

¹³⁰ Rampazzo L., Corti A., *Un modello di sistema avanzato per la gestione del fondo regionale d’intervento per la lotta alla droga*, in Serpelloni G., Simeoni E, Rampazzo L., *op. cit.*, pag. 162.

¹³¹ Delibera dell’A.S.L. Città di Milano n.294 del 16 febbraio 2004, *oggetto: deliberazione n.599 del 13.05.2003- Integrazioni e modifica.*

¹³² D.G.R. 24 maggio 2001 n.4768, *Linee guida per la valutazione ed il finanziamento di progetti ed interventi nel campo della prevenzione, della cura, della riabilitazione dei soggetti con problematiche di dipendenza da sostanze illecite e lecite.*

progetti della legge n.45/1999¹³³ ed assume gli indirizzi di programmazione tecnica emanati dal Dipartimento. La composizione del Comitato Territoriale e le sue funzioni sono definite dalla Regione mediante normative.

L'organizzazione del Dipartimento prevede anche la costituzione di Gruppi di Lavoro, con l'obiettivo di allargare la raccolta d'elementi utili ai processi programmatori con il contributo degli operatori di settore.

Altro organo del Dipartimento è l'Ossevatorio che ha compiti di rilevazione del fabbisogno d'assistenza, di promuovere la conoscenza epidemiologica del problema dipendenze, di assicurare il monitoraggio dei costi e degli esiti degli interventi, nonchè dei carichi di lavoro necessari a produrli.

Per quanto riguarda i progetti della legge n.45/1999¹³⁴ il Piano Triennale riporta una descrizione dei criteri di ripartizione delle rispettive quote di finanziamento da destinare ai progetti ed articolati per: area, obiettivi, tipologia d'interventi, soggetti titolari.

La definizione di questi criteri, implica la definizione del tipo di risorse necessarie, alle attività e alla popolazione *target*.

I criteri a cui attenersi nella progettazione prevedono sia criteri regionali sia criteri territoriali.

In Lombardia la programmazione dei progetti si deve attenere ai seguenti criteri:

- adeguamento territoriale degli interventi;
- adozione di modelli d'intervento pluri *target*;
- sviluppo di processi di monitoraggio e valutazione sia in termini organizzativi che gestionali;
- superamento delle disomogeneità;
- continuazione di progetti in corso che hanno avuto un impatto significativo sul territorio in termini di destinatari e di risultati.

Per quanto invece riguarda i criteri territoriali, in ciascun piano si possono distinguere diverse tipologie di proposte progettuali, quali gli interventi per lo sviluppo del sistema a carattere innovativo-sperimentale, a supporto del processo organizzativo e valutativo. Ciascun progetto annuale o pluriennale deve tenere in

¹³³ Legge 18 febbraio 1999 n.45, *Disposizioni per il Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze*.

¹³⁴ *Ibidem*.

considerazione gli obiettivi del piano, le sinergie tra servizi e le realtà che intervengono in favore dei tossicodipendenti. I progetti devono pertanto indicare: gli interventi ed azioni da compiere, i soggetti e le risorse, le fonti di finanziamento, le modalità di gestione delle azioni, i tempi, i destinatari, le modalità di verifica e di valutazione e di rendicontazione economica/finanziaria.

L'articolazione di questi punti va riportata sull'apposita scheda elaborata dalla Regione Lombardia: scheda di presentazione, di monitoraggio, di valutazione e di rendicontazione economica/finanziaria. Tali schede riportano le finalità e gli obiettivi di piano, le sinergie tra servizi e realtà locali, la coerenza e correttezza metodologica, facendo riferimento al lavoro per progetti.

L'elaborazione dei singoli progetti è scandita in fasi:

- una fase preparatoria che prevede il confronto in ambito territoriale a partire dagli obiettivi previsti dal Piano Territoriale.
- Una fase progettuale che prevede la definizione della proposta progettuale, degli accordi tra le varie realtà del pubblico e del privato sociale.
- Una fase istruttoria, successiva, prevede una valutazione di merito sulla base delle priorità regionali e locali.
- Una fase di realizzazione che avviene in seguito alla delibera da parte dell'Azienda Sanitaria Locale. L'ente titolare procede all'attuazione del progetto, nei tempi e nei modi stabiliti nella proposta progettuale, rispettando tempi e scadenze. In seguito al recepimento del progetto nel Piano territoriale, si procede all'erogazione della quota di finanziamento dovuta.

La fase istruttoria, che sarà trattata nel paragrafo successivo, prevede una valutazione di merito che viene svolta sulla base delle priorità regionali e locali.

3.2 Le modalità di presentazione ed approvazione dei progetti della legge n.45/1999.

Secondo quanto previsto dal D.P.R. n.309/1990¹³⁵ al bando dei progetti della legge n.45/1999¹³⁶ possono partecipare, i seguenti soggetti:

- le Aziende Sanitarie Locali, nell'ambito delle proprie competenze a rilevanza socio-sanitaria;
- le Province, i Comuni e loro consorzi, le comunità montane, nell'ambito delle funzioni socio-assistenziali di loro competenza;
- gli Enti del privato sociale e del volontariato che svolgono attività senza fine di lucro, nonché le cooperative sociali ed i loro consorzi;
- gli Enti del privato sociale in possesso di regolare autorizzazione al funzionamento, secondo a quanto disposto dalla d.g.r. 7 aprile 2003 n.7/12621¹³⁷.

Gli enti, siano essi pubblici o privati, e le associazioni che erogano servizi a valenza socio sanitaria nell'ambito del contrasto delle dipendenze da sostanze illecite e lecite, devono essere autorizzati al funzionamento. I requisiti per l'autorizzazione al funzionamento si distinguono in: requisiti organizzativi e requisiti strutturali.

E' in capo all'Azienda Sanitaria Locale la competenza al rilascio autorizzativi, previa verifica del possesso dei requisiti necessari.

L'autorizzazione è parimenti necessaria per l'accesso ai finanziamenti sul fondo sociale per la realizzazione di progetti ed interventi nell'ambito della prevenzione, recupero e reinserimento delle alcol-tossicodipendenze

Le modalità di presentazione ed approvazione dei progetti, prevede l'apertura di un bando. I progetti devono essere coerenti con quanto previsto dagli obiettivi regionali ed il Piano Territoriale dell'Aziende Sanitarie Locali.

¹³⁵ D.P.R 9 ottobre 1990. n.309, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.*

¹³⁶ Legge 18 febbraio 1999 n.45, *Disposizioni per il Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze*

¹³⁷ D.G.R 7 aprile 2003 n.7/12621, *Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accREDITAMENTO dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art.12 comma 3 e 4 l.r. 31/97) e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle A.S.L.: Progetto Regionale Dipendenze.*

Nell'Azienda Sanitaria Locale Città di Milano la fase istruttoria dei progetti presentati è effettuata dalla Responsabile dell'Ufficio Progetti, dalla Responsabile del Servizio Vigilanza ed Accreditamento e dalla Responsabile dello Studio Valutazione Sociale (C.E.V.A.S.) di Roma. L'Ufficio Progetti dell'Azienda Sanitaria Locale Città di Milano ha la funzione di assegnare i contributi del fondo nazionale lotta alla droga; a questo Ufficio è attribuito l'esercizio di verifica e controllo, rispetto alle fasi progettuali, nonché la raccolta, dei dati relativi al progetto stesso come previsto dalla D.G.R. del 24 maggio 2001¹³⁸. La selezione dei progetti prevede una valutazione di merito in ordine alla congruenza con le priorità regionali e locali contenute nel Piano Territoriale, una valutazione di legittimità ed una di metodo, collegata alla metodologia del lavoro per progetti. La valutazione di metodo esprime il grado di soddisfazione dei criteri fissati. In questa fase non vi è una valutazione ex ante del progetto.

I criteri per la selezione dei progetti vengono definiti dalla delibera della Regione Lombardia del 24 maggio 2001¹³⁹. Lo sviluppo di processi di monitoraggio e valutazione deve avvenire in termini sia organizzativi sia della gestione, secondo lo schema n.11 di seguito riportato.

¹³⁸ D.G.R. 24 maggio 2001 n. 7/4768, *Linee guida per la valutazione ed il finanziamento dei progetti ed interventi nel campo della prevenzione, della cura, della riabilitazione dei soggetti con problematiche di dipendenza da sostanze illecite e lecite.*

¹³⁹ *Ibidem.*

CRITERI	SOTTOCRITERI	INDICATORI
Congruenza con i bisogni del territorio.	1) Informazione sulla domanda espressa. 2) Informazione sulla domanda potenziale. 3) Esistenza d'informazioni oggettive, interpretative dei fattori causa. 4) Informazioni condivise con altri soggetti. 5) Congruenza tra informazioni indicate sui bisogni e obiettivi.	1.1 Qualità dell'informazione. 1.2 Qualità dell'informazione. 1.3 Qualità dell'informazione. 1.4 Numeri di soggetti coinvolti su soggetti congruenti. 1.5 Giudizio di congruenza.
Congruenza con le priorità regionali e territoriali.	Unico	2) Priorità media degli obiettivi.
Congruenza tra obiettivi e metodologie.	Unico.	3) Rapporto tra metodologia individuata e metodologia congruente.
Congruenza tra target e metodo di lavoro	Unico.	4) Rapporto metodo indicati e metodi congruenti.
Congruenza fra attività e figure coinvolte	Unico.	5. Rapporto attività indicate e attività congruenti.
Congruenza fra costi ed attività	1. congruenza fra costi e risorse umane. 2. Congruenza fra costi e risorse materiali. 3. Equilibrio fra voci di costo	6.1 Rapporti fra costi per le risorse umane previste e costi. 6.2 Rapporto fra costi per le attrezzature previsti e costi.
Innovazione	1. Coinvolgimento di target non già raggiunto dai servizi. 2. Modalità di lavoro innovative. 3. Modalità organizzative innovative. 4. Uso di tecnologie innovative.	7.1 Qualità della definizione.
Storia	1. Del Responsabile Scientifico. 2. Del Responsabile del progetto. 3. Dell'ente	8.1 Qualità del profilo. 8.2 Qualità del profilo. 8.3 Qualità del profilo.

	proponente/gestore.	
Trasparenza	1. Comunicazione all'esterno della documentazione. 2. Chiara individuazione degli enti convenzionati.	9.1 Esistenza e cadenza di momenti di comunicazione all'esterno delle informazioni. 9.2 Indicazione all'ente del tipo d'accordo.
Integrazione e coordinamento.	1. Integrazione con soggetti congruenti. 2. Chiara definizione del tipo di formalizzazione del rapporto. 3. Chiara definizione dei compiti. 4. Chiara definizione dei tempi di coordinamento.	10.1 Numero di soggetti coinvolti su soggetti congruenti. 10.2 Numero d'accordi formalizzati su accordi previsti. 10.3 Individuazione dei compiti. 10.4 Individuazione dei tempi di coordinamento.
Logica per progetti.	1. Chiara destinazione dei destinatari. 2. Chiara definizione degli obiettivi. 3. Chiara definizione di metodologia ed attività proposte. 4. Chiara definizione dei tempi. 5. Chiara definizione delle fasi e delle attività. 6. Chiara analisi dei costi. 7. Definizione delle modalità di valutazione.	11.1 individuazione del target e delle priorità. 11.2 Tipo di definizione degli obiettivi. 11.3 Presenza/assenza di strategie. 11.4 Fasi con dichiarata durata. 11.5 Qualità della definizione. 11.6 Qualità della definizione. 11.7 Qualità della definizione.

Schema n.11.

I criteri di valutazione devono essere “chiari, espliciti e determinati, codificati ed il più possibile oggettivi”¹⁴⁰.

Come si può rilevare dallo schema n.11, la selezione dei progetti si basa su vari criteri a cui sono attribuiti i relativi indicatori. Per quanto riguarda la

valutazione del criterio di congruenza con le priorità regionali e territoriali, vengono individuati i valori corrispondenti, dai rappresentanti tecnici del coordinamento territoriale secondo quanto previsto dal Piano Territoriale.

Gli elementi relativi alla valutazione di legittimità e di metodo, invece, sono oggetti d'istruttoria dei Referenti dei progetti. La valutazione di legittimità si basa su elementi rilevati della normativa, la valutazione di metodo invece andrà a verificare la scarsa, sufficiente, buon grado di soddisfazione dei predetti criteri.

Gli esiti dell'istruttoria vengono poi espressi in valori assoluti al fine di dar luogo ad una graduatoria.

Gli enti gestori di progetti devono specificare con chiarezza a quale azione progettuale intendono partecipare. Al fine di utilizzare nel miglior modo possibile il fondo regionale per la lotta alla droga, sono state individuate delle aree prioritarie d'intervento, a cui corrispondono le relative strategie ed azioni. Come previsto Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10 settembre 1999¹⁴¹ la tipologia dei progetti è suddivisa, nelle seguenti aree:

- Area prevenzione.
- Area della riduzione del danno.
- Area del trattamento.
- Area del reinserimento.

¹⁴⁰ D.G.R. 24 maggio 2001 n.7/4768, *Linee guida per la valutazione ed il finanziamento di progetti ed interventi nel campo della prevenzione, della cura, della riabilitazione dei soggetti con problematiche di dipendenza da sostanze illecite e lecite.*

¹⁴¹ Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 10 settembre 1999, *Atto d'indirizzo e coordinamento alle regioni sui criteri generali per la valutazione e il fondo di progetti finalizzati alla prevenzione e al recupero delle tossicodipendenze.*

SETTORI	STRATEGIE	AZIONI
♦AREA PREVENZIONE: interventi su situazioni a rischio da attuare sempre in collaborazione con i servizi sociali del territorio e ove è possibile, con i promotori delle iniziative assunte dalla legge n. 285, in un quadro di obiettivi che orientino alla quotidianità e non alla eccezionalità degli interventi, caratterizzati da una stretta collaborazione con le diverse realtà coinvolte.	1.Educativa di strada 2.Sviluppo di comunità. 3.Informazione ed orientamento. 4.Formazione e consulenza. 5.Ascolto. 6.Documentazione. 7. Formazione ed aggiornamento.	1. conoscenza del territorio. 2. Percorsi di formazione di tipo teorico/pratico, incontro di gruppo a destinatari diversi (rivolti alla cittadinanza, al contesto scolastico, lavorativo, alle famiglie, <i>opinion leader</i>, adulti di riferimento, etc.) e su tematiche specifiche (ascolto e comunicazione, ricerca e somministrazione di questionari), lavoro di piccolo gruppo, supervisione seguente alle attività svolte. 3. Linea telefonica e di primo ascolto, gruppi informativi e discussione a temi, gruppi di auto/aiuto, incontri individuali. 4. Banca dati e centri di documentazione. 5. Interventi volti alla formazione degli operatori dei servizi (pubblici e privati) in particolare relativamente al lavoro di rete (<i>community programmes</i>), alla promozione della valutazione scientifica.
♦RIDUZIONE DEL DANNO. Trattasi d'interventi di prevenzione e contenimento dei danni alla salute derivanti da patologie associate alla tossicodipendenza e alcolodipendenza correlata. In un quadro di obiettivi rivolti a	1.Unità mobile 2.Programmi specifici di prevenzione delle cause di morte. 3.Informazione ed orientamento. 4.Formazione e consulenza. 5.Centro d'accoglienza. 6.Formazione ed aggiornamento.	1. Attività di informazione e mediazione relazionale, somministrazione di metadone, presidi sanitari, <i>counseling</i>, socio-sanitario. 2. Attività informativa e educativa nei confronti dei

mantenere la “qualità della vita” del soggetto. Gli interventi sono finalizzati ad evitare che il cumularsi dei problemi accentui la situazione a rischio e comprometta sempre di più la capacità del singolo di riconoscere il proprio bisogno di farvi fronte, mantenendo, proteggendo e utilizzando le reali risorse presenti e contestualmente a garantire un aumento delle capacità di analisi di un fenomeno complesso e multifattoriale, favorendo l'integrazione tra servizi.		tossicodipendenti, di strada, dei giovani, dei detenuti, dei soggetti inseriti in strutture terapeutiche, con particolare attenzione ai policonsumatori. 3. Distribuzione di materiale informativo, primo filtro e orientamento su strutture, aggancio da soggetti tossicodipendenti e alcolodipendenti, non visibili e/o aggancio precoce. 4. Incontri a tema per lo sviluppo di conoscenze ed abilità tra persone con problematica di tossicodipendenza, a adulti <i>opinion leader</i> per lo sviluppo delle capacità di <i>empowerment</i>, formazione di mediatori culturali. 5. Apertura spazio a bassa soglia e avvio di attività di <i>counselling</i>, accoglienza e ascolto del bisogno. 6. Realizzazione di attività formative specifiche rivolte agli operatori dei servizi (pubblici e privati) relativamente all'intervento di bassa soglia, con particolare attenzione alle problematiche relative all'utenza straniera e multiproblematica e ai policonsumatori, alla valutazione dell'efficacia degli interventi.
♦ AREA DEL TRATTAMENTO. La generale revisione dei servizi pubblici e privati in particolare	1. Trattamento integrato di tossicodipendenti con disturbi mentali gravi in	

l'autorizzazione al funzionamento e accreditamento, definiscono in questo quadro sia interventi integrativi del sistema, dove gli interventi di natura sanitaria sono garantiti da soggetti accreditati con il servizio nazionale, che interventi orientati a "nuove offerte", ovvero settori e tipologie di bisogno più carenti, limitatamente alla sola fase di avvio. Nel primo caso si tratta d'interventi rivolti al miglioramento della qualità della vita del soggetto ospite della struttura, dove il bisogno sociale prevale a quello terapeutico. Nel secondo caso gli interventi prevedono risposte operative ed istanze terapeutiche.	comorbilità. 2. Trattamento del poliabuso (alcoldipendenza e tossicodipendenza). 3. Trattamento dei soggetti minorenni con problematiche legate all'uso di sostanze stupefacenti con particolare attenzione anche alle problematiche relative all'inserimento nel circuito penale. 4. Trattamento di coppie con figli di tossicodipendenti e di coppie di tossicodipendenti con figli. 5. Trattamento su specifiche fasce di popolazione (popolazione straniera, senza fissa dimora, soggetti con procedimenti penali in corso, etc). 6. Percorsi assistenziali integrativi in grado di garantire continuità, anche nel lungo periodo, tra azione di prevenzione, cura e riabilitazione attraverso la collaborazione tra strutture residenziali, semi-residenziali e territoriali (per il livello gestionale e professionale). 7. Realizzazione di attività formative specifiche rivolte agli operatori dei servizi (pubblici e privati) con particolare riguardo alla valutazione diagnostica e alla definizione dei percorsi terapeutici, stabiliti sulla base degli oggettivi bisogni della persona, all'adozione di metodologie comuni tra	
--	---	--

	pubblico e privato alla valutazione dell'efficacia degli interventi e dell'evoluzione dei fenomeni (nuovi consumi e nuove modalità di consumo).	
◆AREA REINSERIMENTO Il reinserimento sociale di persone con problematiche di tossicodipendenza e alcoldipendenza correlata deve avvenire tramite percorsi di integrazione lavorativa e all'interno di un programma personalizzato. Per garantire una corretta attuazione degli interventi specifici viene ritenuto indispensabile una collaborazione costante con gli organismi identificati nella struttura pubblica locale (SIL) affinché diverse espressioni divengano un'unica risorsa finalizzata al perseguimento di obiettivi comuni. Concretamente ha assunto un ruolo sempre più importante il cosiddetto operatore della mediazione. (...)	1. Tirocinio lavorativo. 2. Borsa lavoro. 3. Strumenti di supporto educativo/ formativo. 4. Attività formative e di aggiornamento.	1. Interventi sia rivolti alla persona inserita che al contesto d'inserimento organizzativo, dove è possibile ricondurre tutti gli interventi utili a far concettualizzare il processo d'inserimento e/o integrazione lavorativa e anche a permetterne una valutazione. 2. Realizzazione di attività formative specifiche rivolte agli operatori dei servizi (pubblici e privati) di carattere organizzativo per il raggiungimento di una reale e costante integrazione fra i diversi soggetti impegnati nell'area nonché volte alla definizione comune di criteri di qualità del reinserimento lavorativo sul piano tipologico e metodologico e di carattere gestionale in particolare per quanto concerne il ruolo dell'operatore della mediazione.

Schema n.12.

Come si può rilevare dallo schema n.12, l'approccio alla tossicodipendenza non può prescindere da queste aree d'intervento, poichè ciascuna area presenta strategie ed azioni importanti nell'affrontare questo fenomeno. I requisiti

d'ammissibilità previsti dall'Azienda Sanitaria Locale Città di Milano, sono così sintetizzabili:

- titoli d'accreditamento nel settore specifico delle dipendenze patologiche rispetto al quale, il soggetto giuridico propone il progetto.
- *Curriculum* professionale del responsabile scientifico che evidenzia le competenze specifiche nell'ambito delle dipendenze e della progettazione.
- Sintesi esplicativa delle azioni previste e degli obiettivi che s'intende raggiungere.
- Si dovranno documentare dettagliatamente il tipo e le modalità d'interazione previsti nel caso d'ipotesi di realizzazione del lavoro di progettazione, presso o con altre organizzazioni o unità d'offerta.
- I progetti che coinvolgono più enti od organizzazioni dovranno documentare, al momento della presentazione dei progetti, gli accordi intercorsi, sottoscritti dai legali rappresentanti.
- L'indicazione del nome del referente della valutazione ed eventuale altro ruolo ricoperto all'interno del progetto. Gli operatori delle agenzie partecipanti dovranno essere parte attiva nel processo di valutazione, assieme al responsabile di progetto e al responsabile scientifico nei sei mesi deve essere elaborato e consegnato all'Ufficio progetti, un rapporto di valutazione.
- Per quanto riguarda l'attuazione del progetto, questa avviene previa delibera dell'Azienda Sanitaria Locale ed il singolo ente titolare del progetto.

In questa fase inoltre, sono assunte anche le delibere d'approvazione e d'impegno di spesa, da parte degli enti titolari di progetti.

L'attività di verifica e controllo, da parte dell'Ufficio Progetti, prevede l'acquisizione della seguente documentazione:

- Scheda di presentazione del progetto.
- Piano operativo contenente le modalità e gli strumenti di conduzione del progetto su base annuale.
- Scheda di monitoraggio su base trimestrale.
- Scheda di valutazione della qualità dei risultati.

- Scheda di rendicontazione contenente l'entità delle spese sostenute per ciascun progetto in relazione ai finanziamenti erogati in corrispondenza delle singole annualità.

3.3 Il *budget* e le risorse economiche.

Negli ultimi anni l'uso della parola *budget* si è diffuso anche nei servizi socio-sanitari. Questo termine, si riferisce a due distinti livelli:

- quello economico quando il *budget* è inteso come previsione di costi da sostenere;
- quello finanziario quando il *budget* si riferisce alle risorse finanziarie necessarie per realizzare un progetto.

Lo schema n.13 propone un esempio di struttura di *budget*.

• Spese per il personale distinto per: - tipologia di trattamento (interno-esterno) - tipologia d'incarico; - qualifica professionale; - tempo d'impegno settimanale; - durata dell'impegno lavorativo.	- Personale per progettazione intervento - Responsabile di progetto; - Personale- Operatori sociali. - Personale amministrativo. - Personale per consulenza e supervisione. - Personale per monitoraggio e valutazione risultati.
• Spese per attrezzature.	- Acquisto. - Affitto <i>leasing</i>. - Ammortamento. - Manutenzione ordinaria.
• Spese per immobili e infrastrutture	- Affitto o <i>leasing</i> - Ammortamento. - Manutenzione ordinaria - Manutenzione straordinaria. - Pulizia. - Lavori in economia.
• Spese di viaggio e soggiorno per incontri di programmazione, monitoraggio, verifica: stage, seminari, corsi di formazione, missioni, consulenze	- Vitto per personale interno/esterno; - Alloggio per personale interno/esterno. - Rimborsi spese per viaggio personale interno/esterno.
	- Spese telefoniche. - Spese per il collegamento telematico. - Spese postali. - Assicurazioni.

	- Cancelleria. - Materiali di consumo.
Altre categorie di spese.	- Spese di documentazione e monitoraggio. - Spese per le ricerche. - Spese per seminari e conferenze. - Spese per la pubblicazione e la diffusione dei risultati (redazione, battitura testi, editing, stampa)

Schema n.13: Tratto da Istituto degli Innocenti, *Centro nazionale di Documentazione ed Analisi sull'Infanzia e l'Adolescenza, Infanzia e adolescenza diritti e opportunità. Orientamenti alla progettazione degli interventi previsti nella legge n.285/1997*, Dipartimento degli Affari Sociali, 1998, www.minori.it op. cit. in Leone L., Prezsa M., op. cit. pag. 126.

Dallo schema si rileva che ciascuna voce richiede una previsione di spesa. Per esempio nelle spese di acquisto di attrezzature è differente prevederne l'acquisto, piuttosto che l'affitto.

La gestione del Fondo regionale per la lotta alla droga si basa sul principio della sussidiarietà in quanto la gestione è attribuita direttamente alle Regioni. La ripartizione per l'assegnazione del *budget* alle Azienda Sanitaria Locale viene effettuata sulla base di una serie di parametri e come già riportato nel primo capitolo, si basa sui seguenti criteri:

- popolazione generale;
- popolazione giovanile compresa tra i 15 e i 25 anni;
- numero di soggetti in carico presso i servizi pubblici per le dipendenze;
- numero di strutture terapeutiche riabilitative esistenti.

A ciascun parametro, è assegnata la seguente percentuale: come riportato dalla delibera regionale del 14 giugno 2001 n.24¹⁴²:

- interventi per lo sviluppo del sistema 60%;
- interventi a carattere innovativo sperimentale 32%;
- interventi a supporto del processo 3%;
- interventi a carattere valutativo 5%.

I fondi da destinare a ciascuna Azienda Sanitaria.Locale vengono erogate in un'unica soluzione, in sede di approvazione del piano territoriale. Secondo i

¹⁴² D.G.R. 24 maggio 2001 n. 7/4768, *Linee guida per la valutazione ed il finanziamento di progetti ed interventi nel campo della prevenzione, della cura, della riabilitazione dei soggetti con problematiche di dipendenza da sostanze illecite e lecite.*

contributi sono concessi quanto stabilito dalla Delibera della Regione Lombardia¹⁴³, nella misura massima del 70% delle spese effettivamente sostenute ed erogati in due *tranches*: la prima a seguito dell'assenso al progetto, la seconda alla realizzazione dei risultati previsti

I percorsi progettuali devono essere presentati all'Ufficio Progetti dell'Azienda Sanitaria Locale. Quest'ultima deve a sua volta presentare un consuntivo, sulla banca dati esistente, approvato con delibera comprovante i progetti autorizzati. Entro il mese successivo dello scadere di ciascun progetto, l'Ufficio Progetti dell'Azienda Sanitaria Locale, inoltre, deve trasmettere alla Direzione Famiglia e Solidarietà Sociale della Regione Lombardia, i dati rilevati nel corso del monitoraggio delle attività.

A conclusione di ogni annualità l'Azienda Sanitaria Locale è tenuta a fornire le spese sostenute alla Regione.

Trascorsi sei mesi dall'erogazione del finanziamento nei casi in cui gli enti gestori, non hanno provveduto alla fase di realizzazione del progetto, l'Azienda Sanitaria Locale, in seguito a verifiche, comunica alla Direzione Famiglia e Solidarietà della Famiglia della Regione Lombardia, che ridefinirà il fondo all'interno dello stesso ambito o in altro. Nel caso di sotto utilizzo del fondo, l'Azienda Sanitaria Locale può trattenere la quota anticipata sull'annualità successiva mentre le somme non utilizzate, dovranno essere restituite.

¹⁴³ D.G.R. del 5 dicembre 2003 n.15452, *Ripartizione delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali in applicazione della legge 8 novembre 2000 n.328 e dell'articolo 4, commi 4 e 5, della legge regionale 6 dicembre 1999, n. 23.*

3.4 I progetti dell'Azienda Sanitaria Città di Milano: biennio 2002-2003.

Nel corso dell'anno 2003, il Servizio Vigilanza ed Accreditamento dell'Azienda Sanitaria. Locale Città di Milano, ha proseguito l'attività di verifica, dei progetti legge n.45/1999¹⁴⁴, definiti nell'anno 2002. Il fondo nazionale lotta alla droga riguardava l'annualità 2000-2001. Le iniziative sperimentali, approvate dall'Azienda. Sanitaria Locale Città di Milano con Delibera, sono complessivamente 13 suddivise per area e per Ente Gestore capofila. Di 13 progetti, 7 si sono conclusi nel 2004, mentre i restanti 6 chiuderanno nel 2004. Le verifiche sono state effettuate nel triennio 2003/2005.

I progetti sono così suddivisi:

- n.4 area della prevenzione:
 - Comune di Milano: “Ricerca epidemiologica sull'uso problematico di sostanze alcoliche”;
 - Comune di Milano: “Studio di fattibilità per la realizzazione di un call center cittadino sulle dipendenze”;
 - Comune di Milano: “Luoghi comuni mai scontati”;
 - A.S.L Città di Milano: “Ricerca epidemiologico sull'uso problematico di cocaina nella città di Milano”;
- n.4 area del trattamento.
 - ASL Città di Milano: “Alcologia in rete”;
 - ASL Città di Milano: “Alcol e Carcere”;
 - “Luoghi e gesti di cura”;
 - Comune di Milano: “Attivazione di n.2 drop in center”;
- n.5 area del reinserimento.
 - ALA: “Job window. Uno sportello lavorativo e d'orientamento”;
 - Saman: “Socializzazione e tempo libero”;
 - Comunità Nuova: “Nuovi percorsi per il reinserimento, ricerca intervento nell'area del reinserimento sociale”;
 - A.S.L Città di Milano: “Progettare il fuori”;

¹⁴⁴ Legge 18 febbraio 1999 n.45, *Disposizioni per il Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze.*

Di questi progetti, sette si sono conclusi nell'anno 2004, sei sono continuati nell'anno 2005. Per due progetti si sono registrate delle variazioni. In un caso ("Sestante segretariato e comunicazione sociale) il progetto è stato chiuso anticipatamente dalla Direzione Sociale, a seguito di osservazioni del Servizio Vigilanza e Accreditamento per mancato raggiungimento degli obiettivi minimi e, soprattutto per il numero esiguo di utenti raggiunti. In un altro caso ("Ricerca epidemiologica sul consumo di bevande alcoliche nella città di Milano"), a seguito della modifica in itinere del *target* da raggiungere, i Responsabili del progetto hanno anticipato la chiusura, una volta raggiunti gli obiettivi previsti.

Dei 13 progetti, 11 hanno come Ente Gestore il Comune di Milano e l'Azienda Sanitaria Locale Città di Milano, 3 invece associazioni del privato sociale. Nei progetti che hanno come ente gestore capofila, il Comune di Milano e l'Azienda Sanitaria Locale, la maggior parte del personale proviene dal privato sociale. Tale collaborazione permette anche l'integrazione di strategie ed attività tra loro complementari.

I progetti si rivolgono a due tipi di *target*:

- utenti tossicodipendenti ed alcolodipendenti anche con problematiche giudiziarie;
- operatori dei servizi pubblici e del privato sociale integrati nelle attività previste.

Le attività rivolte al *target* previsto dai progetti, sono finalizzate all'utenza tossicodipendente ed alcolodipendente nelle aree della prevenzione, trattamento e reinserimento, mentre le attività rivolte agli operatori consistono nella realizzazione di percorsi di formazione, supervisione e valutazione.

Negli schemi di seguito, sono riportati i progetti in base alle aree di appartenenza.

3.4.1 Area Prevenzione.

Gestore	TITOLO	AVVIO DURATA PREVISTI	AVVIO EFFETTIVO	CHIUSURA EFFETTIVA	UTENZA PREVI- STA	UTENZA RAGGIUN- TA
COMUNE DI MILANO	Luoghi comuni mai scontati	Aprile '03- biennale	Aprile '03	31.03.2005	Popolaz. Adulta (1600) e tossicodipen- denti (20)	1515
COMUNE DI MILANO	Ricerca epidemiologic a sul consumo problematico di bevande alcoliche nella città di Milano	Aprile '03- biennale	Aprile '03	<u>Chiusura anticipata</u> a luglio '04	<u>Modifica target:</u> da 1000 alcolisti a 300 operatori	300
ASL Servizio Dipendenze	Ricerca epidemiologic a sul consumo problematico di cocaina nella città di Milano	Luglio '02- biennale	Luglio '02	<u>Proroga</u> a dicembre '04	Popolaz adulta (5000), tossicodipen- denti (300) e operatori (20)	4358 250 0
COMUNE di MILANO	Studio di fattibilità per la realizzazione di un call center cittadino sulle dipendenze	Novembre '03- semestrale	Novembre '03	Luglio '04	Operatori (20)	20

Schema n.14.

Quest'area non pare avere portato significative innovazioni al sistema cittadino d'intervento poiché i progetti sono stati in parte finalizzati esclusivamente alla rilevazione di fenomeni (ricerca sul consumo della cocaina) e di strutture esistenti sul territorio (ricerca sul consumo di bevande alcoliche), in parte proposte di

consulenza/orientamento telefonico che riproponevano modelli già in atto (*call-center*).

Solo il progetto “Luoghi comuni mai scontati” ha avviato un coinvolgimento della cittadinanza su problematiche diverse in termini preventivi. In questo progetto l’aggancio dell’utenza ha presentato una notevole discontinuità¹⁴⁵.

¹⁴⁵ Ferraguti P., Formato L. (a cura delle assistenti sociali), *Report dell’ Attività di Vigilanza sui progetti L.45/1999 Biennio 2002-2003*, Azienda .Sanitaria Locale Città di Milano Servizio Vigilanza ed Accreditamento per le Strutture Socio-Sanitarie.

3.4.2 Area Trattamento.

Gestore	Titolo	Avvio Durarata previsti	Avvio Effettivo	Chiusura Effettiva	Utenza prevista	Utenza raggiunta
Comune di Milano	Drop in center	Maggio 03- biennale	Dicembre '03	Maggio '05	Tossicodipende nti (2000), extracomunitari (500) ed alcolisti (200)	674
ASL N.O.A	Alcologia in rete: diassuefazione per alcolisti e formazione alcologica per operatori pubblici e del privato sociale	Giugno '02- biennale	Giugno '02	<u>Proroga a</u> giugno '05	Alcolisti (150) e operatori (55)	136 60
ASL U.O Carceri	<i>Alcol e</i> Carcere	Giugno '02- biennale	Giugno '02	<u>Proroga a</u> dicembre '05	Detenuti alcoldipenden ti (160)	171
ASL SerT	Luoghi e gesti di cura	Ottobre '02- biennale	Marzo '03	<u>Proroga a</u> <u>Dicembre '04</u>	Tossicodipen denti (800) e operatori (70)	1045 64

Schema n.15

L'area del trattamento, attraverso i progetti “*Drop in*”, “Alcologia in rete” e “*Alcol e Carcere*”, ha intercettato in modo mirato categorie di utenza che, per bisogni specifici, non trovano adeguate risposte nel sistema cittadino dei servizi pubblici e privati.

Il progetto “*Drop in*” ha portato all’istituzione di due strutture che rispondono ai bisogni primari di un’utenza, non solo tossicodipendente, che non trova punti di riferimento in altri servizi. Il *drop in* è una struttura di accoglienza e di ascolto per persone tossicodipendenti ed emarginati in genere . Tenzialmente le persone che si rivolgono a questa struttura, non sono in carico ai servizi di cura, oppure hanno contatti discontinui con tali servizi. L’attivazione dei *drop in* si colloca nel quadro generale degli interventi di “bassa soglia” e si integra con iniziative destinate alla tutela della salute di consumatori attivi di sostanze, già presenti nella

Città di Milano (Unità di strada, macchine scambia siringhe). Le attività espletate in questi servizi sono di tipo socio-assistenziale (mensa, posti letto, docce, vestiario, etc) *counseling* sociale, sanitario, etc., distribuzione e scambio di materiali di profilassi.

“Alcologia in rete” è un progetto molto articolato che risponde ai bisogni dell’utenza alcolista (presa in carico e disassuefazione ambulatoriale) e degli operatori (formazione specifica all’approccio ecologico sociale- metodologia di Hudolin- e messa a punto di una specifica cartella socio-sanitaria per l’accoglienza e il trattamento dell’utenza).

“Alcol e Carcere” ha perseguito come obiettivo principale la costituzione ex novo di una équipe alcologica all’interno della Casa Circondariale San Vittore. Ha inoltre creato una consuetudine nella prassi terapeutica ed ha avviato una modalità di presa in carico dell’utenza carcerata.con dipendenza da alcol.

Il progetto “Luoghi e gesti di cura”, più che attivare nuovi servizi e/o interventi per l’utenza tossicodipendente della città di Milano, ha ri-organizzato un’attività prevalentemente già in atto sia nei servizi Pubblici sia nel Privato-Sociale. Complessivamente, a fine progetto, si è registrato uno scarto significativo tra le attività previste e quelle effettivamente realizzate¹⁴⁶.

¹⁴⁶ Ferraguti P., Formato L. (a cura delle assistenti sociali), *Report dell’ Attività di Vigilanza sui progetti L.45/1999 Biennio 2002-2003*, Azienda .Sanitaria Locale Città di Milano Servizio Vigilanza ed Accreditamento per le Strutture Socio-Sanitarie.

3.4.3 Area Reinserimento.

Gestore	Titolo	Avvio/ Durata previsti	Avvio Effettivo	Chiusura effettiva	Utenza prevista	Utenza raggiunta
Saman	Socializzazione e tempo libero	Ottobre '02- biennale	Ottobre '02	Novembre '04	Tossicodipendenti (200)	174
A.S.L. U.O Carceri	Progettare il fuori	Maggio '02- biennale	Maggio '02	Aprile '04	Tossicodipendenti (200) e operatori (50)	220 35
ALA	<i>Job window:</i> uno sportello lavorativo e di orientamento al lavoro	Settembre '02-biennale	Settembre '02	<u>Proroga</u> a dicembre '04	Ex- tossicodipendenti (100)	120
Comune di Milano	Nuovi percorsi per il reinserimento	Aprile '03- biennale	Giugno '03	Aprile '05	Tossicodipendenti (20)	23
Comunità Nuova	Sestante: segretariato e comunicazione sociale	Novembre '02- biennale	Novembre '02	<u>Chiusura anticipata settembre '04</u>	Tossicodipendenti (200) e operatori (30)	45 0

Schema n.16.

Quest'area fatica a strutturarsi ed a consolidare interventi che rispondono alle esigenze di un'utenza senza punti di appoggio/riferimento per l'organizzazione del tempo libero e priva di un'attività lavorativa.

Per quanto riguarda "Socializzazione e tempo libero" le iniziative programmate, sicuramente innovative, hanno raggiunto un gruppo di soggetti già in carico ad alcune strutture del privato sociale, senza riuscire ad intercettare (come programmato) l'utenza dei SerT (Servizi per le Tossicodipendenze), utenza che sicuramente richiedeva un lavoro di contenimento/rassicurazione più impegnativo.

“Progettare il fuori” ha predisposto una specifica valutazione delle risorse rivolte ad un’utenza con programmi terapeutici alternativi alla carcerazione ed, in particolare, a pazienti affetti da *Aids*. In particolare, attraverso il CEAS (Centro Ambrosiano Solidarietà) che ha messo a disposizione alcuni appartenenti a figure educative di supporto, sono stati inseriti utenti in grado di autogestirsi, ma carenti di una rete familiare e/ amicale.

“*Job Windows*” ha attivato un modello d’intervento basato sull’incrocio fra domanda ed offerta lavorativa ed ha messo a punto una metodologia di presa in carico basata sull’utilizzo di uno strumento di selezione/valutazione opportunamente approntato. Tale strumento, però, era adattato solo ad un *target* selezionato e non per tutti utilizzabile. Il progetto ha creato una banca dati informatizzata sulle risorse lavorative, condivisa con l’Associazione Progetto N ed ha predisposto una scheda per la raccolta di dati anamnestici, socio-lavorativi e diagnostici dell’utenza. L’ipotesi dell’Associazione A.L.A (Associazione Lotta *Aids*) è di rendere tale scheda accessibile a tutte le realtà pubbliche e private che si occupano di reinserimento.

“ Nuovi percorsi per il reinserimento” ha avuto notevoli lentezze nell’avviare la fase operativa sia per il tempo richiesto dallo svolgimento delle procedure amministrative in carico al Comune di Milano, sia per un’organizzazione molto complessa ed articolata. Il progetto ha incontrato notevoli difficoltà a raggiungere l’utenza prevista (n.20 utenti).

Il progetto “Sestante” che aveva obiettivi di migliorare la qualità della vita degli utenti, fornire informazioni sulle risorse e costruire nuove progettualità, non ha saputo mantenere queste finalità ma ha riproposto, in alcuni casi, prestazioni già erogate dai servizi territoriali.

A conclusione di questo capitolo, si può affermare la realizzazione di questi progetti, non può prescindere, dagli indirizzi sia del livello regionale sia del livello territoriale. Il Piano Territoriale è lo strumento di programmazione degli interventi in favore delle tossico-alcoldipendenze di ciascuna Azienda Sanitaria Locale. Inoltre rappresenta lo strumento di confronto tra le varie realtà del pubblico e del privato sociale, favorendo così l’integrazione degli interventi ed il rafforzamento del lavoro di rete. Da tale confronto vengono definite, sulla base di accordi tra le

varie realtà del pubblico e del privato sociale, le proposte progettuali e le risorse da coinvolgere. L'istruttoria di questi progetti si attiene ai criteri previsti dalla Regione Lombardia; nella fase istruttoria non avviene una valutazione ex ante dei progetti che viene effettuata a progetto avviato ed alla sua conclusione. L'individuazione dell'area di presentazione del progetto, prevede una conoscenza dei bisogni da trattare e consente di utilizzare al meglio, il fondo stanziato. Nell'Azienda Sanitaria Locale Città di Milano, anche il Servizio Vigilanza ed Accreditamento, interviene nella fase di verifica/controllo dei progetti e collabora con l'Ufficio Progetti. Mentre il Servizio Vigilanza ed Accreditamento oltre a svolgere una funzione di verifica dei progetti, ha una funzione di promozione della qualità degli interventi posti in essere, l'Ufficio Progetti, svolge una funzione di verifica/controllo in modo particolare sull'assegnazione/controllo del contributo economico.

CAPITOLO 4°:PERCORSI METODOLOGICI UTILIZZATI NELLA VALUTAZIONE DEI PROGETTI.

4.1. Premessa.

Il legislatore in questi ultimi anni ha posto sempre maggiore attenzione all'equiparazione dei servizi nel sistema pubblico-privato, tutelando in questo modo i diritti del cittadino e garantendo così medesimi livelli organizzativi e strutturali (processo autorizzativo) e buoni livelli qualitativi (processo di accreditamento).

Le Aziende Sanitarie Locali in Lombardia hanno il compito di garantire il compimento dei processi autorizzativi e di accreditamento, avviati da tempo in Regione. L'obiettivo è di garantire ai cittadini equifruizione dei servizi, adeguate e corrette prestazioni, nel rispetto dei limiti di risorse. In tal senso opera il Servizio Vigilanza ed Accreditamento ed al proposito, punto focale di riferimento normativo, è dato dall'articolo 2 7° comma della legge regionale 11 luglio 1997 n.31¹⁴⁷, che testualmente recita “le Aziende Sanitarie Locali esercitano le funzioni amministrative di vigilanza e di controllo di tutte le unità d'offerta, pubbliche e private, socio-assistenziali e socio-sanitarie, nonché l'attività di vigilanza sul funzionamento delle istituzioni pubbliche e private di assistenza e beneficenza, sulle organizzazioni di volontariato operanti nel settore socio-assistenziale e sulle persone giuridiche private operanti nel settore socio-assistenziale, già delegate alla regione ai sensi dell'articolo 14 del D.P.R. 24 luglio 1977 n.616”¹⁴⁸.

Il Servizio Vigilanza ed Accreditamento Strutture Socio Sanitarie (SVASSS) dell'Azienda Sanitaria Locale Città di Milano è un'articolazione in *staff* della Direzione Sociale ed è stato istituito il 30 giugno 1998 con Delibera n.1405 “Organigramma aziendale”¹⁴⁹ ha competenze su tutte le strutture socio sanitarie della città di Milano per le attività connesse con le procedure di accreditamento/contratto e con competenza di vigilanza definite dall'Atto d'Intesa

¹⁴⁷ Legge regionale, 11 luglio 1997, n.31, *Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali*.

¹⁴⁸ D.P.R., 24 luglio 1977, n.616, *Attuazione della delega di cui all'articolo 1 della legge 22 luglio 1975, n.382*.

¹⁴⁹ Delibera A.S.L. Città di Milano n.1405 del 30/06/1998 “*Organigramma aziendale*”.

Azienda Sanitaria Locale/Comune di Milano rispetto a Istituti di riabilitazione extra ospedaliera (IDR), Strutture di riabilitazione, recupero e reinserimento di tossicodipendenti ed alcolodipendenti, su attività consultoriale in ambito materno infantile.

Questo Servizio è stato istituito “quale essenziale strumento di verifica della funzionalità e dei livelli di qualità dei servizi, a primaria garanzia dell’utenza e dei finanziamenti erogati, sia di stimolo, promozione e supporto per gli stessi Enti Gestori che concorrono a realizzare la rete dei servizi socio assistenziali e socio sanitari lombardi”¹⁵⁰.

Le figure professionali che operano al suo interno sono:

- una responsabile (psicologa);
- sette assistenti sociali, di cui due con incarico bisettimanale;
- un’assistente sanitaria;
- un’educatrice professionale;
- un amministrativo.

Le funzioni di questo servizio riguardano:

- l’accreditamento delle Strutture socio sanitarie;
- verifica e il controllo sugli Enti gestori finalizzate alla verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti di autorizzazione ed accreditamento;
- consulenze agli Enti gestori per il conseguimento delle informazioni necessarie al raggiungimento delle “condizioni di esercizio”.

In questi anni il Servizio Vigilanza ed Accreditamento Azienda Sanitaria Locale Città di Milano, si è occupato anche della valutazione dei progetti della legge n.45/1999¹⁵¹ con la finalità di monitorare la legittimità delle azioni espletate in rapporto al fondo stanziato.

L’attività di valutazione ha previsto un percorso metodologico, che si è strutturato in varie fasi e di seguito descritti.

¹⁵⁰ D.G.R. 31/03/199 n.4293, *Direttive per l’esercizio delle attività di vigilanza sui servizi socio assistenziali e socio sanitari integrati, in attuazione della normativa di cui alla legge regionale 11/07/1997 n.31 e Circolare regionale applicativa n.26 del 13/04/1999.*

¹⁵¹ Legge 18 febbraio 1999 n.45, *Disposizioni per il Fondo nazionale d’intervento per la lotta alla droga in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze.*

4.2 La valutazione dei progetti: il percorso metodologico.

Il percorso utilizzato nella valutazione ha implicato l'utilizzo di alcuni concetti elaborati dalla metodologia della ricerca sociale. Tali spunti hanno orientato e il percorso di valutazione nelle varie fasi del percorso.

Come ricorda Corbetta la realizzazione di una ricerca sociale prevede un percorso che inizia dalla teoria e prosegue con la raccolta e l'analisi dei dati e alla teoria ritorna¹⁵².

L'autore distingue cinque fasi attraverso cui si dovrebbe articolare un corretto percorso di valutazione:

- la prima fase quella della teoria intenesi come “un insieme di preposizioni organicamente connesse che si pongono ad un elevato livello di astrazione e generalizzazione rispetto alla realtà empirica le quali sono derivate da regolarità empiriche e dalle quali possono essere derivate dalle previsioni empiriche”¹⁵³.
- La seconda della ipotesi. In questa fase si focalizza l'ipotesi che è da considerare come “ una proposizione che implica una relazione fra due o più concetti che si colloca su un livello inferiore di astrazione e di generalità rispetto alla teoria e che permette una traduzione della teoria, in termini empiricamente controllabili ”¹⁵⁴.
- Nella terza fase si svolge la rilevazione empirica dei dati. A essa si arriva attraverso un processo di operativizzazione¹⁵⁵ che trasforma l'ipotesi in affermazioni empiricamente osservabili. In questo processo si distinguono due momenti:
 - 1) operativizzazione dei concetti fase in cui i concetti vengono trasformati in variabili ed entità rilevabili.
 - 2) Scelta dello strumento e della procedura di rilevazione.
- Nella quarta fase vengono analizzati i dati preventivamente organizzati. I materiali empirici grezzi e non ancora sistematizzati, vengono assunti come informazioni, mentre i materiali sistematizzati vengono trattati come dati.

¹⁵² Corbetta P., La ricerca sociale: metodologia e tecniche II Le tecniche quantitative., Il Mulino, Bologna, pag.15.

¹⁵³ *Ibidem*, pag. 18.

¹⁵⁴ *Ibidem*, pag.18.

¹⁵⁵ *Ibidem*, pag.15.

- Nella quinta fase invece avviene la presentazione dei risultati alla quale si arriva attraverso un processo di interpretazione delle analisi statistiche condotte nella precedente fase.

A conclusione di questa fase il ricercatore ritorna, attraverso un processo di induzione, al punto iniziale e cioè alla teoria e partendo dalle risultanze empiriche, si confronta con le ipotesi teoriche e più in generale con la teoria di partenza.

Rifacendomi ai concetti di riferimento della metodologia sociale brevemente ricordati, il percorso di valutazione dei progetti prende avvio dal mandato istituzionale e dalla legge che li disciplina. La legge prevede che i progetti promuovano ed aggiungano nuove azioni che i soggetti già presenti sul territorio ancora non realizzano. La durata massima prevista per i progetti è di tre anni e sono finalizzati alla prevenzione, al recupero ed al reinserimento delle alcol e tossicodipendenze. I Comuni e i loro consorzi, le province, le comunità montane, le aziende sanitarie locali, le organizzazioni di volontariato sono identificate come soggetti di iniziativa progettuale.

Il Servizio Vigilanza ed Accreditamento si è posto, rispetto questi progetti, le seguenti finalità:

- monitorare in *progress* le fasi dei progetti;
- raggiungimento degli obiettivi previsti e l'introduzione di interventi innovativi.

Il percorso di valutazione ha utilizzato gli assunti metodologici della ricerca sociale si è dunque strutturato, in cinque fasi a cui sono corrisposte le relative azioni.

L'ipotesi iniziale di lavoro è stato quello di valutare:

- la realizzazione del processo in modo particolare rispetto: ai tempi di realizzazione degli obiettivi, coerenza del progetto rispetto agli obiettivi iniziali, raggiungimento della popolazione *target*, continuità delle figure professionali coinvolte nel progetto.
- L'esito del progetto: raggiungimento dell'obiettivo, rilevazione di obiettivi innovativi cioè se hanno promosso azioni e strumenti operativi che altri soggetti presenti nel territorio non realizzano, rilevazione degli strumenti utilizzati nei progetti.

Il piano di valutazione si è articolato nelle seguenti fasi:

- contatti con il Servizio Progetti dell'Azienda Sanitaria Locale per concordare una prassi di collaborazione a livello istituzionale e per l'acquisizione delle *schede progetto* e del materiale sia cartaceo sia informativo.
- Analisi delle *schede di progetto*, classificazione per aree e stesura del modello di verbale; le *schede di progetto* sono state suddivise per aree (prevenzione, trattamento, reinserimento) Si è presa in esame ciascuna *scheda* per una conoscenza dei contenuti del progetto stesso, con riferimento agli obiettivi, al *target* d'intervento, alla data di avvio e di chiusura del progetto, alle azioni intraprese, gli strumenti utilizzati, gli operatori coinvolti. In seguito è stato realizzato lo schema di verbale partendo dagli elementi essenziali rilevati dalle *schede di progetto*.
- Visita all'Ente gestore e compilazione del verbale; la visita all'Ente gestore ha previsto un incontro con il referente e gli operatori coinvolti nel progetto. I dati emersi sono stati riportati sull'apposito verbale, la cui compilazione è stata effettuata in sede di visita ispettiva con una successiva rielaborazione.
- Interpretazione dei dati rilevati; trasformazione dei dati in affermazioni empiricamente osservabili. L'analisi dei dati implica un processo di operativizzazione cioè di trasformazione dei concetti stessi a cui sono attribuiti dei significati per esempio se il progetto è iniziato nella data prevista, oppure è stato posticipato, se vi è stato un *turn over* di operatori oppure una continuità. Tutto ciò al fine di valutare l'andamento del percorso e la sua efficacia.
- *Report* di sintesi; viene redatto, ogni sei mesi, e riporta le considerazioni finali dei risultati di tutti i progetti. Il *report* si è strutturato in una parte iniziale in cui sono stati riportati l'elenco di tutti i progetti dell'annualità in esame ed in una successiva parte in cui sono state riportate le considerazioni rispetto agli elementi emersi. Il *report* è stato in seguito trasmesso alla Direzione Sociale ed al Dipartimento per le Dipendenze.

Nel percorso di valutazione si è cercato di ricostruire, per ciascun progetto, il percorso che ha portato alla loro progettazione, attraverso l'analisi della documentazione cartacea ed uno scambio con le figure rilevanti coinvolte nel progetto.

4.3 Lo schema di verbale e la visita di vigilanza.

Il verbale rappresenta lo strumento di registrazione dei dati osservati nel corso delle visite. Si tratta di una scheda costruita come supporto informatico e cartaceo. Lo sviluppo contenutistico del verbale ha trovato come riferimento le *schede di progetto* elaborate dalla Regione Lombardia. Il verbale è stato strutturato in modo da rilevare in *progress* i dati raccolti in ciascuna visita (raggiungimento/non raggiungimento degli obiettivi, avvio delle azioni, numero del *target* raggiunto, entità e la tipologia delle professionalità coinvolte).

Per ciascun progetto è stato predisposto un verbale strutturato con le seguenti voci ed aggiornato ad ogni visita di vigilanza:

- data della visita: viene riportata la data di ogni visita di vigilanza effettuata in modo da avere il quadro complessivo del progetto.
- Area del progetto: viene indicata l'area a cui appartiene il progetto (prevenzione, trattamento, reinserimento).
- Durata del progetto: viene specificato se il progetto è annuale o biennale.
- Responsabile del progetto.
- Responsabile scientifico.
- Data di avvio del progetto: viene riportata la data effettiva di inizio del progetto.
- Data di chiusura: viene registrata data di effettiva chiusura.
- *Target* previsto di utenza: viene delineato il profilo della popolazione *target* (genere età, soggetti in trattamento, soggetti che abusano sostanze (sostanze stupefacenti, *alcol*, psicofarmaci).
- *Target* raggiunto a fine progetto: nella sintesi finale del progetto è riportato il *target* di utenza raggiunta.
- Obiettivi del progetto: per ciascuna visita sono riportati gli obiettivi raggiunti e previsti dal progetto.
- Azioni intraprese: vengono riportate le attività intraprese nelle varie fasi previste.
- Raggiungimento *target*: in ogni verifica è rilevato il numero di utenti presi in carico.

- Modo e strumenti utilizzati: vengono descritti gli strumenti utilizzati nel progetto (esempio cartella clinica, materiale informativo, questionari).
- Operatori coinvolti nel progetto: è stata effettuata una distinzione tra operatori interni all'Azienda Sanitaria Locale, operatori del privato sociale, consulenti. Per ciascun operatore è rilevato il nome e cognome, la professione, il servizio di appartenenza, le ore settimanali dedicate al progetto. Inoltre sono state rilevate le modalità di registrazione delle ore destinate al progetto dagli operatori.
- Formazione: vengono specificate le attività di formazione ed aggiornamento, con indicazione sugli obiettivi, le modalità della formazione (per esempio convegno, corso, etc.), le agenzie formative coinvolte, la data di avvio della formazione.
- Elementi rilevati nel corso della visita: per ciascuna visita è riportato, una sintesi dell'andamento del progetto.

Ciascuna visita si svolge alla presenza del Responsabile e di alcuni operatori coinvolti nel progetto. Nel corso delle visite i *focus* d'attenzione hanno ripercorso lo schema di verbale ed a richiesta degli operatori, sono state fornite consulenze specifiche.

4.4. Individuazione degli indicatori nella valutazione dei progetti.

In questa tesi si è cercato di individuare gli indicatori utilizzati dal Servizio Vigilanza ed Accreditamento, nel processo di valutazione dei progetti.

Va premesso che l'individuazione di specifici indicatori non può prescindere da un'analisi del mandato istituzionale del Servizio a cui è demandata l'attività di valutazione. Si vuole inoltre ricordare che il lavoro di valutazione svolto ha avuto carattere altamente sperimentale ed ha quindi comportato una continua evoluzione delle sue metodologie e contenuti.

Corbetta ritiene che gli indicatori sono dei “concetti più semplici, “specifici”, traducibili in termini osservativi che sono legati ai concetti “generalisti da quello che viene definito un rapporto di indicazione, o rappresentanza semantica (cioè di significato)”¹⁵⁶. La peculiarità dell'indicatore è dunque la specificità, in quanto coglie solo un aspetto della complessità di un concetto generale.

La rilevazione empirica di un concetto non osservabile passa attraverso la successione di quattro fasi:

- l'articolazione del concetto in dimensioni.
- La scelta degli indicatori “ si sceglieranno come indicatori dei concetti specifici possibili di rilevazione empirica. Si sceglieranno cioè come indicatori dei concetti specifici possibili di rilevazione empirica vicini all'esperienza”¹⁵⁷.
- La trasformazione degli indicatori in variabili. “Il processo di traduzione empirica di un concetto viene “ ancorato” ad un oggetto (unità di analisi) ne diviene una proprietà e quindi viene operativizzata cioè rilevata in forma variabile”¹⁵⁸.
- La formazione di indici. La costruzione degli indici interviene nel caso di concetti complessi che richiedono più indicatori. L' indice è “la ricomposizione unitaria di un concetto tramite la combinazione di più indicatori su base logica o matematica”¹⁵⁹.

¹⁵⁶ Corbetta P, *op. cit.*, pag.47.

¹⁵⁷ *Ibidem*, pag. 49.

¹⁵⁸ *Ibidem*, pag. 46.

¹⁵⁹ Marradi 1983 tratto da C. Bezzi, *Glossario della ricerca valutativa*, versione 4.2, luglio 2005, pag.117, www.valutazione.it.

Nel caso della valutazione dei progetti svolta dal Servizio Vigilanza ed Accredimento l'individuazione degli indicatori è avvenuta partendo dagli obiettivi previsti dalle visite di vigilanza. I *focus* osservativi si sono orientati sia sul processo del progetto (realizzazione dell'obiettivo, coerenza tra ciò che è previsto dal progetto e ciò che viene effettivamente svolto, quantificazione del numero di utenti previsti dal progetto, rilevazione del numero e del tipo di operatori coinvolti e le eventuali attività formative in corso) sia sull'esito con particolare riferimento alla verifica intorno al quesito se i progetti hanno potenziato il sistema d'intervento cittadino.

A questo sono stati individuati due tipi d'indicatori sia indicatori di processo che indicatori di esito. Al proposito gli indicatori di processo sono stati utilizzati per valutare se il progetto aveva realizzato le attività previste, mentre gli indicatori di esito sono stati utilizzati per valutarne l'efficacia.

4.5 La valutazione di processo.

La valutazione di processo accompagna il progetto e si interessa dei processi messi in atto. Questo tipo di valutazione come suggerisce Leone¹⁶⁰ risponde a numerose e importanti domande:

- l'intervento sta raggiungendo la popolazione bersaglio?
- L'attività realizzate sono conformi alle attività progettate, tenuto conto dei vincoli e delle normative in vigore?
- Le risorse materiali e finanziarie impiegate sono sufficienti e il personale è adeguato per svolgere i compiti richiesti?

L'individuazione degli indicatori di processo è avvenuta partendo dagli obiettivi delle visite di vigilanza che si sono orientate a vagliare:

- la realizzazione del progetto nei tempi previsti;
- la coerenza del progetto rispetto gli obiettivi iniziali;
- il raggiungimento della popolazione *target*;
- gli operatori coinvolti.

Per ciascun obiettivo è stato individuato un indicatore di riferimento ed il percorso metodologico utilizzato è illustrato dallo schema n.17:

OBIETTIVI DELLE VISITE DI VIGILANZA.	INDICATORI DI PROCESSO	COMMENTO
•Tempi di realizzazione del progetto.	•Data d'avvio del progetto. •Data di chiusura del progetto. •Chiusura anticipata.	• Questo indicatore permette di valutare se il progetto è iniziato nella data prevista o se l'avvio è stato posticipato. Questo indicatore è importante sia in relazione allo svolgersi del progetto (esempio <i>turn- over</i> degli operatori), sia in relazione alle attività previste. • Questo indicatore permette di valutare se il progetto si è concluso nella data prevista o anticipatamente. In alcuni casi è stata concordata con l'Ufficio Progetti dell'Azienda Sanitaria Locale una proroga in relazione al buon andamento delle attività in corso. • Questo indicatore permette di rilevare se il progetto, in seguito ad una serie di difficoltà, è stato chiuso anticipatamente. La chiusura anticipata può riferirsi: ad un insufficiente numero di utenza contattata, dal <i>turn-over</i> degli operatori.
•Coerenza del progetto rispetto gli obiettivi iniziali.	•Mantenimento degli obiettivi predichiarati.	•Questo indicatore consente di rilevare se gli obiettivi previsti dal progetto vengono mantenuti. Il mantenimento degli obiettivi indica che la progettazione iniziale risponde ai bisogni dell'utenza.

¹⁶⁰ Leone L., Prezsa M., *op cit.* pag.144.

•Raggiungimento della popolazione <i>target</i>.	•Numero utenti presi in carico.	• Questo indicatore numerico serve a rilevare se la popolazione prevista, viene raggiunta. Il raggiungimento dell'utenza rimanda a due aspetti: - corretta lettura del bisogno. - Pubblicizzazione del progetto nella rete dei servizi pubblici e del privato sociale. In alcuni progetti, per esempio, una carente pubblicizzazione può non facilitare l'invio di utenti al progetto.
•Operatori coinvolti.	•Continuità delle figure professionali previste dal progetto	•Questo indicatore, consente di rilevare la continuità delle figure professionali previste dal progetto. Un <i>turn-over</i> di operatori può compromettere la continuità delle attività intraprese ed in fase di attivazione.

Schema n.17.

La valutazione di processo viene effettuata attraverso i dati oggettivi rilevati nel corso delle visite di vigilanza di cui si allegano copie di verbali a scopo esemplificativo. Come osserva Leone “la valutazione di processo rende possibili aggiustamenti in itinere, fornisce informazioni utili per un eventuale miglioramento o riprogettazione dell'intervento nel caso lo scarto fra piano e la realizzazione sia consistente o, comunque, se emergono elementi tali da renderla opportuna”¹⁶¹.

La valutazione di processo inoltre consente di individuare quali possono essere i problemi che hanno portato ad un fallimento del progetto. Come dice Leone “un intervento può fallire sia perché le attività progettate non sono adeguate al raggiungimento degli obiettivi. L'autrice elenca una serie di problemi che possono sorgere al proposito: le attività sono state parzialmente realizzate, le attività non

¹⁶¹ Leone L., Prezza M., *op. cit.* pag.146.

sono state realizzate nel modo corretto, un inadeguato livello di motivazione degli operatori, le attività sono state realizzate con modalità troppo diverse dai singoli operatori.¹⁶²

4.6 La valutazione di esito.

La valutazione di esito riguarda l'efficacia del progetto. La definizione stessa di efficacia “ attiene ad un confronto fra obiettivi attesi e obiettivi raggiunti in altre parole un intervento si dice efficace quando riesce a raggiungere gli obiettivi che si era prefisso”¹⁶³. Per la stima dell'efficacia è importante quindi stabilire quali sono gli obiettivi e i cambiamenti attesi come il risultato dell'implementazione del progetto.

La valutazione di esito si basa soprattutto tra lo scostamento fra l'atteso e l'osservato e risponde ai seguenti quesiti: quali sono i risultati che si vogliono raggiungere? Quale impatto ha avuto il progetto sulla popolazione *target*? Quali risultati non sono stati raggiunti?

Ricordiamo per chiarezza espositiva che per obiettivi specifici del progetto si intendono i risultati specifici attesi derivanti dalle azioni che si intendono intraprendere sulla popolazione *target* mentre con il termine indicatore si intende, come già riportato, una variabile numerica del risultato atteso, della situazione.¹⁶⁴

In questa ottica i *focus* individuati per la valutazione di esito sono stati i seguenti sintetizzati negli schemi n.18, n.19, n.20:

- raggiungimento dell'obiettivo (schema n.18): in ciascuna visita di vigilanza si è rilevato in *progress* la percentuale delle azioni previste e raggiunte. L'esito della valutazione è stato distinto in: ottimo, buono, sufficiente ed insufficiente, e dei punteggi espressi in indici espressi in percentuale. Per esempio il progetto si considera ottimo quando raggiunge il 100% degli obiettivi mentre è insufficiente quando il raggiungimento degli obiettivi è < il 50%.

¹⁶² Leone L. *op cit.* pag 149.

¹⁶³ *Ibidem.* 154..

¹⁶⁴ Serpelloni G., Simeoni E., *La valutazione ex post dei progetti di intervento nelle tossicodipendenze*, pag. 184 in: Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L., *op cit.*

FOCUS DELLE VISITE DI VIGILANZA	INDICATORI DI ESITO.	ESITO DELLA VALUTAZIONE
•Raggiungimento degli obiettivi.	• % delle azioni raggiunte.	• Ottimo quando il progetto raggiunge il 100% obiettivi. • Buono: il progetto raggiunge il 70% obiettivi. • Sufficiente: il progetto raggiunge il 50% obiettivi. • Insufficiente: il progetto non raggiunge gli obiettivi <50%.

Schema n.18.

- Rilevazione di obiettivi innovativi (schema n.19) cioè azioni che portano ad un potenziamento degli interventi. Al proposito il Servizio Vigilanza ed Accreditamento con finalità sperimentali, si è chiesto se i progetti hanno introdotto azioni innovative o se invece hanno riproposto azioni già esistenti. L'indicatore individuato è stato la percentuale di azioni innovative introdotte dal progetto. L'esito è stato distinto in: azioni innovative quando introduce nuovi interventi, azioni parzialmente innovative si intende quando alcune azioni sono già presenti nel sistema d'intervento, azioni di *routine* nel caso in cui tutte le azioni si sovrappongono agli interventi già presenti, azioni non significative non introduce alcun intervento.

FOCUS DELLE VISITE DI VIGILANZA	INDICATORI DI ESITO.	ESITO DELLA VALUTAZIONE
• Rilevazione di obiettivi innovativi.	• % di azioni innovative.	• Azioni innovative: il progetto introduce il 100% di nuovi interventi. • Azioni parzialmente innovative: il progetto introduce il 70% di nuovi interventi . • Azioni di <i>routine</i>: il progetto si sovrappone agli interventi già esistenti. • Non significativo: il progetto non introduce alcun intervento.

Schema n.19.

- Rilevazione degli strumenti d'intervento (schema n.20): in questo caso si è valutato se ciascun progetto ha introdotto gli strumenti, previsti. L'indicatore individuato è stato la percentuale degli strumenti introdotti nel progetto mentre l'esito della valutazione è stato classificato in: ottimo, buono, sufficiente, insufficiente.

FOCUS DELLE VISITE DI VIGILANZA.	INDICATORI DI ESITO.	ESITO DELLA VALUTAZIONE.
• Rilevazione degli strumenti d'intervento.	• % di strumenti introdotti dal progetto.	• Ottimo: quando il progetto introduce nuovi strumenti . • Buono: quando alcuni strumenti sono già in uso. • Sufficiente: mantenimento degli strumenti già in uso. • Insufficiente nessun strumento specifico.

Schema n.20.

Per spiegare i due tipi di valutazione nell'esperienza concreta, riporto di seguito, due progetti a titolo esemplificativo.

4.7 Due esempi concreti di valutazione dei progetti.

Per esemplificare il percorso metodologico utilizzato ho scelto di riportare due progetti che si sono rilevati differenti nell'esito della valutazione. La differenza consiste nel fatto che mentre un progetto ha raggiunto il 100% degli obiettivi ed è stato innovativo, dato che ha determinato un incremento nelle risorse complessivamente dedicate al sistema, il secondo progetto non ha raggiunto gli obiettivi previsti ed è stato pertanto chiuso anticipatamente dal Servizio Vigilanza ed Accreditamento.

La comparazione di due progetti differenti implica "l'analisi dei fenomeni di unità evidentemente dissimili (...) e analizzare scientificamente sistemi sociali evidentemente dissimili fra loro"¹⁶⁵. In questo caso la differenza, oltre che nel contenuto del progetto, è da ricondurre nell'esito della valutazione. La valutazione dei due progetti ha implicato seppure nella differenza, l'assunzione d'indicatori e variabili simili. "La selezione degli indicatori nell'analisi comparata implica l'assunzione che gli indicatori abbiano lo stesso significato, o che siano comparabili tra unità sociali diverse"¹⁶⁶.

I due progetti individuati sono "Alcol e carcere: nuovi percorsi di diagnosi e trattamento alcologici nelle strutture penitenziarie di San Vittore, Milano" e "Sestante-Segretariato e Comunicazione Sociale".

Il primo progetto, ha raggiunto gli obiettivi previsti dal progetto ed ha portato alla creazione di una équipe, nell'ambito del sistema cittadino d'intervento, che si occupa di persone con problemi di *alcol*.

Il secondo progetto è stato chiuso anticipatamente dalla Direzione Sociale dell'Azienda Sanitaria Locale in quanto non raggiungeva gli obiettivi minimi previsti.

¹⁶⁵ Smelser N.J., *La comparazione nelle scienze sociali*, Il Mulino, Bologna, 1982, pag. 315.

4.7.1 Percorso metodologico del progetto “Alcol e Carcere: nuovi percorsi di diagnosi e trattamento alcolologici nella struttura penitenziaria di San Vittore”.

Il progetto “Alcol e Carcere” nasce con la finalità di seguire e trattare le persone detenute alcolodipendenti. Il D.P.R. n.309/1990¹⁶⁷ all’articolo 94 prevede che “l’affidamento in prova ai servizi sociali in casi particolari” sia disposto anche per persone con problematiche di alcolodipendenza. Prima di questo progetto i servizi territoriali, non sono mai intervenuti per disporre una presa in carico per soggetti con problematiche alcolologiche e ristretti nella Casa Circondariale San Vittore.

Il progetto si è strutturato in quattro fasi:

♦ Nella prima fase si è costituita l’*équipe* area alcolologica formata e supervisionata dal responsabile scientifico del progetto. L’*équipe* è composta da: due educatori professionali, un medico ed uno psicologo.

Gli obiettivi principali individuati come parametro base di valutazione dell’efficacia del progetto sono l’aumento delle capacità di relazione di comunicazione degli utenti, il consolidamento dell’astensione all’uso di alcolici ed il raggiungimento di un migliore equilibrio psicologico generale. Le attività previste per il raggiungimento degli obiettivi sono:

- lo *screening* della popolazione carceraria rispetto alle problematiche alcolologiche.
- L’applicazione di strumenti medici a scopo diagnostico.
- La valutazione psicodiagnostica.
- L’anamnesi sociosanitaria e della posizione giuridica contingente.
- La presa in carico.
- L’avvio di percorsi di trattamento interno come per esempio gruppi di sostegno psicologico e gruppi socioeducativi, colloqui individuali.
- L’invio ai servizi competenti per territorio.
- L’avvio di percorsi di affidamento territoriale e nelle comunità terapeutiche.

¹⁶⁶ *Ibidem*, pag. 315.

¹⁶⁷ D.P.R. 9 ottobre 1990 n.309, *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*.

♦ Nella seconda fase si sono consolidate le azioni previste nella fase precedente e sono state avviate nuove attività:

- La predisposizione di strumenti di registrazione delle attività a scopo di documentazione ed elaborazione di statistiche (*Cartella alcologica individuale*).
- L'avvio percorsi di diagnosi per i detenuti.
- L'avvio di percorsi di trattamento individuale: presa in carico, colloqui anamnestici e conoscitivi, visite mediche e *follow up*.
- L'avvio di gruppi informativi per persone che evidenziano dipendenza da alcol.
- L'intervento diagnostico precoce per praticare CDT a persone nuove giunte e che presentano problematiche alcologiche.
- Contatti informativi con i medici dei reparti per valutare la presa in carico e l'ubicazione degli utenti.

♦ Nella terza fase in questa fase sono state attivate le seguenti attività:

- L'avvio di trattamento per i soggetti che accettano il programma proposto dall'èquipe e costituzione di gruppi riabilitativi. Il trattamento può prevedere i seguenti interventi: gruppo socio-educativo, gruppo psicologico, colloqui di sostegno individuali con gli operatori.
- Incontri periodici con l'èquipe del Nucleo Operativo Alcologico territoriale per la verifica dei percorsi di trattamento delle persone che dalla Casa Circondariale San Vittore usufruiscono di programmi alternativi alla carcerazione e che prevedono il coinvolgimento dei servizi territoriali di alcologia .
- La presentazione di istanze alternative alla carcerazione e contatti con gli operatori ministeriali (assistenti sociali, medici, psicologi, educatori).
- L'avvio di percorsi di affido territoriale e nelle comunità terapeutiche per persone con problematiche alcologiche, in collaborazione con i Nuclei Operativi Alcologici e la comunità "Saman" di Belgioiso (PV).

Sono stati organizzati periodici incontri tra operatori èquipe alcol Unità Operativa Carceri Azienda Sanitaria Locale, operatori Nucleo Operativo Alcologico, operatori della comunità Saman di Belgioioso (PV) per l'avvio del progetto "Alcologia e luoghi di cura". Questo lavoro ha permesso la stesura di procedure standard e di protocolli terapeutici specifici per l'invio di persone alcolodipendenti in comunità.

E' stato stipulato anche un protocollo di collaborazione tra *équipe* Area Alcolologica dell'Azienda Sanitaria Locale e l'Associazione Alcolisti Anonimi. Questo ha permesso l'ingresso a San Vittore del primo gruppo di auto aiuto Alcolisti Anonimi.

♦ Nella 4° fase: sono proseguite le attività avviate (presa in carico, diagnosi e invio ai Servizi territoriali, gruppi di auto aiuto) ed è stata avviata una valutazione del percorso progettuale che ha selezionato tre obiettivi base a cui sono stati attribuiti strumenti ed indicatori di valutazione.

4.7.2 Valutazione del progetto “*Alcol e Carcere: nuovi percorsi di percorsi di diagnosi e trattamento alcologici nella struttura penitenziaria di San Vittore*”.

Il progetto “ *Alcol e carcere*” ha di fatto ’istituito una *équipe* per utenti ristretti presso la Casa Circondariale San Vittore e con problemi di dipendenza all’alcol. Prima della nascita di questo progetto i servizi territoriali, non si erano attivati su programmi alternativi alla carcerazione per utenti alcolodipendenti. L’*équipe* che si è costituita ha avviato percorsi di diagnosi e di trattamento individualizzato e si è occupata di gruppi, percorsi di espiazione della pena, alternativi al carcere, momenti informativi, contatti con la Direzione della Casa Circondariale e con gli operatori ministeriali.

La valutazione del processo è riassunta dallo schema n.21:

FOCUS DELLE VISITE DI VIGILANZA.	INDICATORI DI PROCESSO.
•Realizzazione del progetto nei tempi previsti	• Data di avvio/Durata previsti del progetto: Ottobre 2002- Biennale. • Avvio Effettivo: ottobre 2002. • Chiusura effettiva: dicembre 2005.
•Coerenza del progetto rispetto agli obiettivi iniziali.	•Istituzione di una <i>équipe</i> alcologica, che avii nel corso del biennio percorsi di diagnosi e trattamento nei confronti di alcolodipendenti in carcere.
•Raggiungimento della popolazione <i>target</i> .	• Utenza prevista : • detenuti alcolodipendenti n.160 . • Utenza raggiunta : n.171.
•Operatori coinvolti.	•Mantenimento degli stessi operatori nel progetto. - Tot. Operatori coinvolti: - Pubblici n.3 - privati: n. 3

Schema n.21.

Proviamo a leggere insieme lo schema n.21.

- Realizzazione nei tempi previsti. Il progetto, di durata biennale, ha preso avvio alla data prevista (ottobre 2002). La chiusura è stata prorogata al dicembre 2005. Il progetto ha pertanto rispettato la data di avvio stabilito.
- Coerenza rispetto agli obiettivi. Il progetto ha mantenuto tutti gli obiettivi previsti nel piano operativo. E' stata costituita un'*équipe* area alcologica che ha avviato nel biennio percorsi di diagnosi e trattamento nei confronti di alcolodipendenti in carcere. Gli obiettivi di *target* sono stati raggiunti con riguardo a: acquisizione di una chiara visione delle proprie motivazioni, aumento delle capacità di controllo del *craving*, aumento delle capacità di collegare disturbi all'abuso di sostanze lecite ed illecite, aumento della capacità d'individuare le problematiche sociali e lavorative, inserimento in gruppi, aumento delle capacità d'individuazione delle problematiche psichiche, rafforzamento delle conoscenze sui problemi di dipendenza e di abuso di sostanze, sospensione dell'uso.

Al giugno 2004 si sono osservati i seguenti risultati di progetto:

- Detenuti segnalati: n. 442.
- Detenuti presi in carico: n.171.
- Certificazione alcolodipendenza: n.88.
- Partecipanti gruppi socio/psicologici: n.61.
- Operatori coinvolti. La presenza del medico soprattutto nella fase organizzativa è stata incostante. In seguito il cambio del medico ha consentito l'attivazione delle procedure diagnostiche ed una maggiore continuità nel lavoro di *équipe*. Non si sono presentati altri cambiamenti nell'*équipe*.

Per riassumere la valutazione di processo è stata positiva; il progetto ha rispettato la data di avvio, ha mantenuto gli obiettivi previsti nella progettazione iniziale, ha raggiunto la popolazione *target*, vi è stata continuità degli operatori dell'*équipe*.

Questi elementi hanno anche influito positivamente sulla valutazione di efficacia del progetto che viene riportata nello schema n.22.

FOCUS DELLE VISITE DI VIGILANZA	AZIONI PREVISTE	INDICATORE: % AZIONI RAGGIUNTE	ESITO DELLA VALUTAZIONE
• Raggiungimento degli obiettivi previsti dal progetto: creazione di una équipe alcolologica presso la Casa Circondariale di San Vittore Milano.	• Avvio di rapporti interistituzionali necessari per raggiungere l'obiettivo. • Creazione di una iniziale consuetudine alla prassi terapeutica all'interno della Casa Circondariale San Vittore e standardizzazione della modalità diagnostica individuare per i detenuti che richiedono una presa in carico. • Valutazione da parte degli operatori dell'efficacia del progetto e somministrazione a n.20 utenti di un questionario di autovalutazione.	• 100% delle azioni raggiunte	• Ottimo. Il progetto ha raggiunto il 100% degli obiettivi nella progettazione ed ha realizzato tutte le azioni previste.

Schema n.22.

Per quanto riguarda il raggiungimento degli obiettivi (schema 22) il progetto ha strutturato un modello di intervento sulla diagnosi e il trattamento degli utenti con problematiche alcoliche. In particolare rispetto all'utenza *target* il progetto ha individuato tre obiettivi:

- 1) astensione dall'uso di *alcol*.
- 2) Aumento delle capacità relazionali.
- 3) Equilibrio psicologico.

Per la valutazione degli obiettivi prefissati è stato scelto un campione di 20 persone. Sulla base di questi elementi si può valutare che il progetto ha raggiunto il 100% degli obiettivi (istituzione dell'*équipe* alcologica, presa in carico di utenti). Anche per quanto riguarda la valutazione di efficacia il progetto ha raggiunto il 100% delle azioni. Rispetto all'obiettivo astensione all'uso di *alcol*, la Direzione della Casa Circondariale San Vittore ha deciso, anche a seguito delle pressioni dell'*équipe*, di eliminare completamente le bevande alcoliche dall'Istituto. Tale aspetto ha avviato una serie di riflessioni da parte degli operatori dell'*équipe* alcologica: osservazione del comportamento degli utenti a cui viene concessa una misura alternativa sul territorio, la condizione di astensione forzata, per alcuni utenti ha consentito un'interruzione dell'uso di alcol con implicazioni cliniche e comportamentali importanti.

Per il secondo obiettivo, cioè l'aumento delle capacità relazionali e comunicazione sono stati, scelti come strumenti di valutazione la partecipazione ai gruppi e un questionario di autovalutazione. Gli indicatori individuati sono stati i seguenti: entità della partecipazione stessa, richiesta dei detenuti di essere inseriti nei gruppi, eventuale ingresso al progetto "La Nave", reparto a trattamento avanzato. Strumenti ed indicatori sono risultati nel complesso attendibili.

Per il terzo obiettivo, che riguarda la promozione di un maggiore equilibrio psicologico sono stati scelti come strumenti di valutazione la partecipazione ai gruppi ed un questionario di autovalutazione. Gli indicatori selezionati sono stati i seguenti: riduzione dei rapporti disciplinari ricevuti dopo la presa in carico, riduzione dell'uso di psicofarmaci dopo la presa in carico, la costanza della partecipazione ai gruppi.

I risultati confermano il raggiungimento globale dei risultati e la validità delle strategie avviate.

FOCUS DELLE VISITE DI VIGILANZA	INDICATORE: % AZIONI INNOVATIVE	ESITO DELLA VALUTAZIONE
•Rilevazione di obiettivi innovativi.	100% di azioni innovative.	L'obiettivo del progetto è considerato innovativo poiché ha introdotto nel sistema d'intervento azioni non esistenti nello specifico degli alcolisti detenuti con problematiche penali. Prima di questo progetto i Nuclei Operativi Alcolologici non trattavano nello specifico la problematica di questi utenti.

Schema n.23.

Il progetto può essere considerato innovativo (schema n.23) perché ha introdotto nel sistema cittadino una *équipe* che nella Casa Circondariale San Vittore si occupa di utenza con problematiche alcologiche. Prima di questo progetto questa area d'intervento era scoperta tant'è vero che che i servizi del territorio non si occupavano di utenti detenuti con problematiche alcologiche.

FOCUS DELLE VISITE DI VIGILANZA	STRUMENTI PREVISTI	INDICATORE: % DEGLI STRUMENTI REALIZZATI	ESITO DELLA VALUTAZIONE
Rilevazione degli strumenti d'intervento.	Introduzione di strumenti d'intervento quali: cartella clinica alcolologica, modulo di consenso informato, questionario per gli operatori della Casa Circondariale San Vittore finalizzato a verificare il livello di conoscenza del problema, questionario di autovalutazione per gli utenti in carico all'èquipe, scheda di valutazione del progetto.	100% degli strumenti realizzati.	Ottimo. Il progetto ha introdotto il 100% degli strumenti previsti ed ha introdotto nuove prassi all'interno della Casa Circondariale San Vittore, Milano.

Schema n.24.

Anche rispetto agli strumenti (schema n.24) il progetto ha realizzato quanto previsto: avvio di percorsi di diagnosi, avvio di percorsi di trattamento individualizzati e di gruppo.

Per concludere si può affermare che la valutazione di processo e di esito, è risultata positiva in quanto ha raggiunto gli obiettivi previsti: costituzione ex novo di una *èquipe* alcolologica all'interno della Casa Circondariale di San Vittore, creazione di una consuetudine nella prassi terapeutica all'interno della struttura carceraria, standardizzazione della modalità diagnostica individuata.

La creazione di questa *èquipe*, ha portato infine ad una maggiore sensibilizzazione, verso l'orientamento di interventi di misure alternative per gli utenti dipendenti da *alcol*. Infatti senza l'attivazione di questo progetto non veniva applicata la legge che appunto prevede la concessione di misure alternative per utenti alcolodipendenti

e si creava una disparità sul piano giuridico ed etico tra detenuti con problemi di dipendenza: mentre le persone dipendenti da sostanze stupefacenti potevano usufruire di misure alternative, gli alcolisti invece non potevano usufruire di programmi alternativi pertanto un percorso terapeutico.

4.7.3 Percorso metodologico del progetto “Sestante-Segretariato e comunicazione sociale”.

Questo progetto è nato nell’ambito della progettazione emersa dal Tavolo Territoriale dell’Azienda Sanitaria Locale Città di Milano dove si è valutata la necessità d’istituire un segretariato sociale rivolto a persone con dipendenza di sostanze stupefacenti particolarmente deprivate da un punto di vista psicologico e sociale.

Il progetto ha visto il coinvolgimento di varie realtà del privato sociale che si occupano di tossicodipendenti. E’ stata effettuata un’analisi dei bisogni sulla base della quale si è elaborato un progetto volto di rispondere alle necessità emergenti nel campo del segretariato, dell’accompagnamento, dell’informazione e comunicazione sociale rivolto a persone dedite all’uso di sostanze stupefacenti con una ridotta capacità di autonomia.

Questa fase conoscitiva si è svolta su due fronti:

- sul versante dei SerT attraverso la pubblicizzazione di materiale divulgativo e con la preparazione di un sito .
- Rispetto all’utenza è stato avviato un rapporto privilegiato con alcuni operatori dei SerT che a favorire l’invio di utenti al progetto. Sono stati inoltre avviati una serie d’incontri con gli operatori del Privato Sociale e le Unità Mobili.

Il progetto individuava due livelli operativi. Il primo livello individuava alcuni obiettivi, sull’utenza tra i quali:

- migliorare la qualità della vita degli utenti che si rivolgono agli operatori del progetto.
- Accompagnamento o invio ai servizi o altre organizzazioni del territorio
- Costruzione di progettualità individualizzate, finalizzate alla verifica della tenuta degli impegni minimi o nelle ipotesi più alte all’avvio di percorsi di autonomizzazione.

Il progetto era sostanzialmente rivolto a sostenere la persona attraverso il soddisfacimento di alcuni bisogni primari quali il lavoro, il mangiare, il vestirsi, e si poneva l’obiettivo di accompagnarla in percorsi di reinserimento, di istruire

assieme alle persone le pratiche di segretariato sociale (quali per esempio compilazione della domanda d'invalidità civile, domanda di casa popolare).

Un secondo livello operativo del progetto riguardava il territorio rispetto al quale si intendeva:

- promuovere e/o consolidare rapporti tra le realtà che si occupano di sostegno alla popolazione marginale.
- Fornire informazioni agli operatori del settore, pubblico e privato accreditato sulle procedure di accesso alle risorse assistenziale e previdenziali.

4.7.4 Valutazione del progetto “Sestante-Segretariato e comunicazione sociale”.

A seguito delle osservazioni del Servizio Vigilanza e Accreditamento sul mancato raggiungimento degli obiettivi minimi e soprattutto, sul numero esiguo di utenti raggiunti e considerato che molte azioni rivolte all’utenza venivano già garantite dal sistema dei servizi (pubblici e privati) questo progetto, è stato chiuso anticipatamente.

OBIETTIVI DELLE VERIFICHE	INDICATORI DI PROCESSO
•Realizzazione del progetto in tempi previsti.	• Data di avvio/ Durata previsti dal progetto: novembre ‘02-biennale. • Avvio effettivo: novembre 2002. • Chiusura effettiva: chiusura anticipata al settembre ‘04.
•Coerenza del progetto rispetto agli obiettivi iniziali.	Il progetto ha individuato due obiettivi: un rispetto all’utenza ed un rispetto al territorio. Rispetto gli utenti gli obiettivi individuati erano: - migliorare la qualità della vita degli utenti che si rivolgono al progetto. - Fornire informazioni sulle risorse e sulle tematiche connesse alla quotidianità ed ai diritti sociali. - Costruire progettualità individualizzate, finalizzate alla verifica della tenuta degli impegni minimi o nelle ipotesi più alte all’avvio di percorsi di autonomizzazione. Rispetto al territorio: - promuovere e/o consolidare rapporti tra le realtà che si occupano di sostegno alla popolazione marginale. - Fornire informazioni agli operatori del settore, pubblico e privato accreditato sulle procedure di accesso alle risorse assistenziali e previdenziali. Il progetto non è riuscito a mantenere questi due

	obiettivi (miglioramento della qualità della vita degli utenti e fornire informazioni sulle risorse e sulle tematiche connesse alla quotidianità, diritti sociali) ed ha riproposto, in alcuni casi, prestazioni già erogate dai servizi territoriali. (esempio domanda di casa popolare, domanda d'invalidità, etc.)
•Raggiungimento della popolazione target.	Il progetto prevedeva due tipi di target: - tossicodipendenti n.200 da raggiungere; - operatori n.30 da raggiungere. Sono in realtà stati raggiunti 45 tossicodipendenti.
•Operatori coinvolti	Mantenimento degli stessi operatori nel progetto.

Schema n.25.

Dallo schema n.25 si può rilevare quanto segue:

- realizzazione del progetto nei tempi previsti. Il progetto, di durata biennale, è iniziato alla data prevista (novembre 2002) ed è stato chiuso anticipatamente nel settembre 2004 per il mancato raggiungimento degli obiettivi e del *target*.
- Coerenza del progetto rispetto agli obiettivi. Gli obiettivi riguardanti la popolazione *target* sono stati mantenuti ma per gli stessi sono state riproposte, in alcuni casi, prestazioni già erogate dai servizi del territorio.
- Raggiungimento della popolazione *target*. Il progetto è stato avviato nel novembre 2002. A distanza di un anno gli utenti raggiunti sono stati 45. Gli utenti, dopo la segnalazione effettuata dal personale del SerT, non riuscivano a seguire un programma di colloqui con gli operatori addetti al progetto. Va ricordato che gli utenti per sostenere i colloqui dovevano recarsi presso la sede di una delle associazioni che partecipano al progetto,. Questo può essere un altro aspetto che non ha incentivato l'utenza.
- Operatori coinvolti. Si sono mantenuti e non c'è stata nessuna variazione degli operatori previsti dalle progettazioni.

Per quanto riguarda la valutazione del processo, si può notare che il progetto sebbene abbia mantenuto la data d'inizio, non è tuttavia riuscito a mantenere costanti gli obiettivi. In modo particolare dei tre obiettivi riguardanti l'utenza: uno

risulta generico (migliorare la qualità della vita) mentre gli altri due (fornire informazioni sulle risorse e sulle tematiche connesse alla quotidianità ed ai diritti sociali, costruire progettualità individualizzate) sono sovrapponibili ad attività che i servizi del territorio già svolgono.

FOCUS DELLE VISITE DI VIGILANZA	AZIONI PREVISTE	INDICATORE: % AZIONI RAGGIUNTE	ESITI DELLA VALUTAZIONE
• Rilevare la realizzazione degli obiettivi rivolti all'utenza ed agli operatori. - obiettivi riguardante l'utenza: • migliorare la qualità della vita degli utenti. • Fornire informazioni sulle risorse sulle tematiche connesse alla quotidianità ed ai diritti sociali. • Costruire progetti individuali. -Obiettivi rispetto al territorio: • promuovere e/o consolidare rapporti tra le realtà che si occupano di sostegno alla popolazione marginale. • Fornire informazioni agli operatori del settore pubblico e privato sociale accreditato sulle procedure di accesso alle risorse assistenziali e previdenziali	• Costruzione dell'èquipe. • Mappatura delle risorse presenti sul territorio. • Coinvolgimento, attivazione delle realtà territoriali con la formalizzazione di protocolli d'intesa. • Contatto, informazioni e attività di accompagnamento per gli utenti.	• <50%.	• Insufficiente. Il progetto non è riuscito a raggiungere gli obiettivi previsti sia rispetto all'utenza sia rispetto al territorio.

Schema n.26.

Per quanto riguarda invece il raggiungimento degli obiettivi (schema n.26), il progetto è stato valutato <50% poiché si sovrappone alle attività già sviluppate dai servizi territoriali.

FOCUS DELLE VISITE DI VIGILANZA	INDICATORE: % AZIONI INNOVATIVE	ESITO DELLA VALUTAZIONE
• Rilevazione di obiettivi innovativi.	• 50% azioni di routine.	• Il progetto non introduceva con le sue azioni alcun obiettivo innovativo ma si sovrapponeva ad azioni già presenti nel sistema d'intervento.

Schema n.27.

Il progetto può essere valutato non significativo, poiché non ha introdotto azioni ed iniziative innovative nel sistema d'intervento sociale del territorio in cui è stato proposto (schema n.27).

FOCUS DELLE VISITE DI VIGILANZA	INDICATORI: STRUMENTI PREVISTI	INDICATORE: % STRUMENTI REALIZZATI	ESITO DELLA VALUTAZIONE
• Rilevazione degli strumenti utilizzati.	• Scheda, sito web, materiale informativo, riunioni tra gli operatori, colloqui con gli utenti.	• <50%.	• Insufficiente. Seppur alcuni strumenti siano stati attuati non hanno portato a realizzare gli obiettivi previsti.

Schema n.28.

Rispetto agli strumenti previsti si può dire che sono stati realizzati in parte e non sufficientemente divulgati ai servizi territoriali (schema n.28).

4.7.5 Alcune considerazioni conclusive riguardanti i due progetti “Alcol e Carcere” e “Sestante-Segretariato e comunicazione sociale”.

Per concludere vorrei tornare ai due progetti presi in esame e trarre alcune considerazioni riassuntive.

Il progetto “Alcol e Carcere” è nato con la finalità di prendere in carico persone detenute alcol dipendenti e con problematiche giudiziarie. Prima dell’inizio di questo progetto, i servizi territoriali non si occupavano di utenza con queste caratteristiche.

Dalla valutazione di processo si è rilevato che il progetto si è realizzato nei tempi stabiliti (data d’avvio), ha mantenuto gli obiettivi previsti, ha raggiunto la popolazione *target*, ed ha mantenuto una continuità di presenze degli operatori dell’*équipe*.

Per quanto invece riguarda la valutazione di esito, si può dire che “Alcol e Carcere” è un progetto innovativo poiché ha introdotto nel sistema cittadino, azioni che prima della sua nascita erano inesistenti (creazione di una *équipe* alcolica presso la Casa Circondariale San Vittore di Milano, diagnosi e trattamento, avvio di rapporti interistituzionali). L’importanza di questo progetto è nell’aver portato alla creazione di una consuetudine nella prassi terapeutica e nell’attivazione di risorse, per l’utenza che non trovava una risposta dai Servizi, ai propri bisogni.

A differenza di “Alcol e Carcere” il progetto “Sestante-Segretariato e comunicazione sociale” ha riscontrato notevoli difficoltà nel suo percorso di attuazione. A tal proposito le difficoltà sono da ricondurre al fatto che una buona parte delle attività previste dal progetto, erano già attive nel sistema cittadino d’intervento. Tale aspetto rimanda alla fase di ideazione del progetto e ad una più approfondita lettura del sistema d’intervento e delle azioni già attuate.

Dalla valutazione di processo del progetto “Sestante” è emerso che non ha raggiunto gli obiettivi previsti e la popolazione *target*. Va però segnalato che questo progetto è stato avviato nella data prevista e non ha presentato cambiamenti negli operatori. Le criticità rilevate hanno influito nella valutazione di esito, poiché tale progetto ha presentato obiettivi difficili da delineare ed in

parte si è sovrapposto ad attività già di competenza dei SerT e d'altri progetti. Tali aspetti non hanno sicuramente facilitato la presa in carico di nuovi utenti in quanto è mancata una differenziazione tra azioni già presenti nel sistema d'intervento ed azioni innovative. Il progetto infatti riproponeva azioni già attuate dai SerT. Va inoltre segnalato che il progetto è stato poco pubblicizzato nell'ambito della rete dei servizi territoriali, elemento fortemente significativo.

Da questi due esempi si può quindi affermare che nel processo di valutazione le visite in *progress*, consentono di monitorare l'andamento dei progetti, di individuare gli aggiustamenti necessari per raggiungere gli obiettivi previsti, di riorientare il progetto qualora presenti difficoltà nel suo percorso.

Va rammentato che il Servizio Vigilanza ed Accreditamento oltre alla funzione di monitoraggio e valutazione, ha il compito di sancire l'inefficacia e la decadenza dei progetti stessi qualora non perseguano gli obiettivi previsti. L'individuazione d'indicatori di processo e di esito hanno una importante funzione di orientamento nella di valutazione. Il percorso di valutazione quindi costituisce per il sistema d'intervento, uno spunto di riflessione in vista di progettualità innovative e di qualità.

CONCLUSIONI.

A conclusione vorrei raccogliere alcune considerazioni scaturite da questo lavoro di tesi e dalla mia esperienza d'assistente sociale presso il Servizio Vigilanza ed Accreditamento delle Strutture Socio Sanitari dell'Azienda Sanitaria Locale di Milano, nell'ambito del lavoro di valutazione dei progetti della legge istitutiva del Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga.

Ricordo anzitutto che i problemi correlati all'uso di sostanze stupefacenti possono difficilmente essere affrontati con interventi basati su di un unico approccio. La tossicodipendenza, è un fenomeno complesso, con molte sfaccettature, e che spesso segnala un disagio sociale, psicologico e familiare. Necessita pertanto di vari interventi orientati, sia nell'area della cura e della riabilitazione che nell'area della prevenzione.

La valutazione rappresenta un momento importante dell'intervento sociale poiché come una "bussola", orienta l'andamento del progetti e permette di apportare in itinere gli aggiustamenti necessari evitando sprechi di risorse.

Vari studiosi si sono occupati di quest'argomento ed hanno proposto diverse ed utili concettualizzazioni alle attività di valutazione di un progetto che possono essere accorpate con riferimento al momento in cui si svolgono in:

- una valutazione *ex ante*: dove sono verificati l'esistenza di prerequisiti, l'utilità, la fattibilità, l'efficacia, la qualità, etc. dei progetti presi in esame.
- Una valutazione in itinere che è quella che verifica i risultati intermedi dei progetti allo scopo portare degli aggiustamenti verso gli operativi.
- Una valutazione *ex post* che riguarda la verifica dei risultati finali di un progetto.

Due parole anche sugli interrogativi iniziali che hanno stimolato al riguardo questa tesi rispetto al percorso metodologico utilizzato per la valutazione dei progetti.

Il percorso di valutazione si struttura in varie fasi: contatti con l'Ufficio Progetti dell'Azienda Sanitaria Locale, per l'acquisizione delle schede di progetto e del materiale informativo, analisi delle schede di progetto e classificazione per aree, stesura del modello di verbale, visita all'Ente gestore e compilazione del verbale, analisi dei dati rilevati, *report* di sintesi.

Lo strumento fondamentale nella rilevazione dei dati è il modello di verbale quale strumento indispensabile ad una lettura concordata con il responsabile del progetto delle azioni poste in essere.

Gli indicatori individuati nella valutazione dei progetti sono strumenti che aiutano a capire se il progetto ha realizzato le fasi e gli obiettivi previsti. Gli indicatori individuati, al proposito, sono: indicatori di processo che valutano se il progetto ha raggiunto le fasi e gli obiettivi previsti ed indicatori d'esito che valutano l'efficacia del progetto. Attraverso questo tipo d'indicatori il Servizio s'interroga se ciascun progetto ha introdotto nel sistema cittadino, interventi innovativi. Per innovativi s'intendono quei progetti che introducono nuove attività ed azioni com'è previsto dalla legge 45/1999¹⁶⁸.

Va segnalato che l'approvazione di questi progetti non prevede una valutazione, sostanziale da parte dell'apposita commissione dell'Azienda Sanitaria Locale, quanto una valutazione prevalentemente amministrativa, in base a criteri definiti dalla Regione Lombardia¹⁶⁹. Tale aspetto sicuramente non facilita l'iter del progetto per vari elementi: errata lettura del bisogno espresso dalla popolazione, attività progettate già attive nel sistema d'intervento, scarsa pubblicizzazione del progetto, avvio ritardato del progetto.

Il lavoro di valutazione ha dei meriti in quanto ha portato a rilevare alcune criticità presenti. Tra queste ricordiamo:

- l'avvio dei progetti in ritardo rispetto alla tempistica indicata e conseguente slittamento dei tempi d'avvio.
- Il *mix* delle risorse umane dedicate (pubblico-privato sociale) pure numericamente significativo, non ha portato ad un incremento delle risorse complessivamente dedicate al sistema. Prevalentemente si tratta di interventi che garantiscono ai SerT, di mantenere gli *standard* d'autorizzazione/accreditamento attraverso l'integrazione con il privato sociale.

¹⁶⁸ Legge 18 febbraio 1999 n.45, *Disposizioni per il Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga in materia di personale per le tossicodipendenze*.

¹⁶⁹ D.G.R. 24 maggio 2001 n.7/4768, *Linee guida per la valutazione ed il finanziamento dei progetti ed interventi nel campo della prevenzione, della cura, della riabilitazione dei soggetti con problematiche di dipendenze da sostanze illecite e lecite*.

Nel valutare la positività o meno dell'impatto di un progetto si ritiene fondamentale fornire, al sistema d'intervento, sia suggerimenti e idee per migliorare la programmazione degli interventi sociali che una capillare diffusione del sapere, delle metodologie e degli strumenti derivanti dalle varie azioni.

Alla stessa stregua si rende necessario pensare a un'elaborazione di linee-guida, protocolli d'intesa, protocolli operativi che rendano visibile l'esito di ciascun progetto e che orientino gli interventi degli operatori dei servizi. Una maggiore circolazione degli esiti di ciascun progetto è importante per l'intero sistema cittadino. Non è quindi sufficiente la numerosità a garantire il miglioramento della qualità degli interventi.

D'altra parte va rilevato che pochi progetti hanno realmente introdotto interventi innovativi sul territorio di Milano ma in parte hanno ripetuto azioni già presenti nel sistema d'intervento. Tale aspetto rimanda alla fase di ideazione del progetto ed alla appropriata lettura del bisogno ed alle evoluzioni del fenomeno dipendenze che mutano velocemente ed alla appropriata lettura del bisogno. Va sottolineato il complesso e delicato intreccio tra sperimentazione e potenziamento dell'esistente. Poiché la valutazione dei progetti della legge n.45/1999¹⁷⁰ è svolta all'interno dell'Azienda Sanitaria Locale della Città di Milano, da diversi soggetti che utilizzano strumenti e tempi differenti, sarebbe opportuno approntare un unico strumento per la valutazione ed un'integrazione effettiva tra i diversi attori della valutazione. Questo renderebbe il lavoro ai Responsabili di progetto meno frammentato e discontinuo.

E' tuttavia auspicabile che si affianchi alla programmazione cittadina un lavoro di valutazione integrato, che consenta a tutti i soggetti coinvolti una programmazione più efficace e tempestiva, un arricchimento delle metodologie di lavoro, ed un minore spreco di risorse economiche.

In ogni caso va riconosciuto che questi progetti consentono un miglioramento della qualità della vita delle persone ed un potenziamento delle risorse esistenti.

Rifacendomi ai due progetti esemplificativi ("Alcol e Carcere e "Sestante-Segretariato e comunicazione sociale") ritengo utile ricordare, come il percorso di

¹⁷⁰ Legge 18 febbraio 1999 n.45, *Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze.*

valutazione ha permesso di capire che l'efficacia di un progetto è riconducibile all'introduzione e l'implementazione di nuove azioni e risorse nel sistema d'intervento. Tale aspetto, come già riportato, rimanda ad una lettura approfondita del fenomeno dipendenze (in continua evoluzione) e dalle azioni già attuate dal sistema d'intervento. E' infatti dall'incrocio tra i bisogni dell'utenza e le attività già poste in essere, che si possono individuare le carenze e gli interventi da attuare. Sicuramente una sinergia tra tutti gli attori coinvolti nel sistema d'intervento può portare ad una progettazione innovativa ed efficace.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO.

TESTI.

Allegri E., Valutazione di qualità e supervisione. Connessioni teoriche e strategiche operative nel lavoro sociale, Lindt, Trieste, 1998.

Arcibugi P. Bisogno, (a cura), Per una teoria della pianificazione, Franco Angeli, Milano, 1994.

Bertin G., Valutazione e sapere sociologico, Franco Angeli, Milano, 1996.

Bezzi A., Il disegno della ricerca valutativa, Franco Angeli, Milano, 2001.

Bezzi C., Glossario della ricerca valutativa, versione 4.2, luglio 2005, in www.valutazione.it.

Cannavò L., Teoria e pratica degli indicatori della ricerca sociale, Led, Roma, 1999.

Cavallo L., Qualità ed efficacia nei servizi sanitari, Franco angeli, Milano, 1988.

Corbetta P., Metodologia e tecniche della ricerca sociale, Il Mulino, Bologna, 1999.

Corbetta P., La ricerca sociale: metodologia e tecniche II. Le tecniche qualitative, Il Mulino, Bologna, 2003.

Costanzi C., Lesmo C. (a cura), Adolescenti e prevenzione dell'AIDS, Franco Angeli, Milano, 1995.

Croanbach J.L., Evaluations of Educational and social Programs, San Francisco, Jossey-Bass, 1982 opera citata in Palumbo M. Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare, Franco Angeli, Milano, 2001.

Dallago M., Santiello A. Vieno, Valutare gli interventi psicosociali, Carocci, Roma, 2004.

De Ambrogio U (a cura), Valutare gli interventi e le politiche sociali, Carocci, Roma, 2003.

Fetterman D.M., Kaftarian J. Wandersman Abraham (eds), Empowerment Evaluation. Knowledge and Tools for Self- Assessment & Accountability, Thousand Oaks Sage, 1996 in Palumbo M. Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare, Franco Angeli, Milano, 2001.

- Folgheraiter F., Interventi di rete e comunità locali, Erikson, Trento, 1994.
- Forti D., Masella F., Lavorare per progetti, Raffaello Cortina, 2004.
- Francescato D., Leone L., Traversi M., Oltre la psicoterapia. Percorsi innovativi di psicologia di comunità, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993.
- Leone L., Prezza M., Costruire e valutare i progetti nel sociale. Manuale operativo per chi lavora su progetti in campo sanitario, educativo e culturale, Franco Angeli, Milano 2002.
- Leone L., Vecchi G. (a cura), Valutazione 2002. Pratiche di valutazione in Italia: consolidamenti, ripensamenti e nuovi ambiti di riflessione, Franco Angeli, Milano, 2002.
- Maguire L., Il lavoro sociale di rete, Centro Studi Erickson, Trento, 1987.
- Montanari L., Gli indicatori: introduzione metodologica per la costruzione d'indicatori di risultato nel campo delle tossicodipendenze in (a cura di) Fagioli J., Ugolini P., Tossicodipendenze e pratica sociologica. Prevenzione, valutazione, sistema informatico e osservatorio, Franco Angeli, Milano, 1996.
- Margaron H., Le stagioni degli dei. Storia medica e sociale delle droghe, Raffaello Cortina, Milano, 2001.
- Marradi A., Concetti e metodo per la ricerca sociale, La Giuntiana, Firenze, 1994.
- Masoni V., Monitoraggio e valutazione dei progetti, Franco Angeli, Milano, 1997.
- Morgan G., Images. Le metafore dell'organizzazione, Franco Angeli, Milano, 1990.
- MEANS C.E, 1999.
- Olivetti Manoukian F., Stato dei servizi. Una analisi psicosociologica dei servizi socio-sanitari, Il Mulino, Bologna, 1988.
- Palumbo M., Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare, Franco Angeli, Milano, 2001.
- Parlamento Italiano, Sintesi della relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia nel 2004.
- Patton M., Utilization-focused Evaluation, Newbury Park, CA, Sage, 1986, in Palumbo M. Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare, Franco Angeli, Milano, 2001.

Pinamonti H., Rossin R, (a cura), *Polidipendenze. L'assunzione multipla di sostanze in una prospettiva interdisciplinare di clinica integrata.*, Franco Angeli, Milano, 2004.

Ranci Ortigosa E., *La valutazione di qualità dei servizi sanitari*, Franco Angeli, Milano.

Rigliano P., *Piaceri drogati. Psicologia del consumo di droghe*, Feltrinelli, Milano, 2004.

Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L., *Project management. La gestione per progetti. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e Dipartimenti Dipendenze*, Regione Veneto, 2002.

Shaw I., Lishman (a cura), *La valutazione degli interventi sociali*, Erickson, Trento. 2003.

Siza R., *Progettare nel sociale. Regole, metodi e strumenti per una progettazione sostenibile*, Franco angeli, Milano, 2002.

Smelser N.J., *La comparazione nelle scienze sociali*, Il Mulino, Bologna, 1982.

Stame N., *L'esperienza della valutazione*, Seam, Roma, 1988.

Stake R., *Program Evalutation, Particulary Responsive Evalutation*, in W. B. Dockrell e D. Hamilton, a cura di *Rethinking Educational Research*, London, Hodder Stoughon, 1980, in Palumbo M. *Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare*, Franco Angeli, Milano, 2001.

Tendler J., *Progetti ed effetti*, Liguori, Napoli, 1992.

Vecchiato T., *La valutazione dei servizi sociali*, Fondazione Zancan, Padova, 1995.

Zajczyk F., *Il mondo degli indicatori sociali*, Carocci, Roma, 2001.

ARTICOLI E DOCUMENTI.

Bertin G., Porchia S., La valutazione, in Quaderni del Centro Nazionale di documentazione ed analisi per l'infanzia e l'adolescenza, 15 marzo 2000.

Bezzi C., La valutazione ai servizi alla persona, edizione fuori commercio per www.valutazione.it.

Brunod M., Il trattamento dei dati nella progettare dei servizi in "Quaderni di Animazione e Formazione", "La progettazione sociale", Edizioni Gruppo Abele.,1999.

Chicco S., Efficacia dell'intervento e soddisfazione dell'utente nella valutazione di servizio sociale: conciliazione di due istanze a loro coniugazione in una prassi possibile anche attraverso una loro contaminazione, in "Rassegna di Servizio Sociale", n.1/2004.

D'Angella F, Orsenigo A., Per una progettazione. Tre approcci alla progettazione, in "La progettazione sociale sociale", Edizioni Gruppo Abele,1999.

Edera L., Mainini F., Della Vedova P., Liberati A., La normativa di riferimento in materia di tossicodipendenze in Italia: una lettura critica in "Marginalità e Società", Franco Angeli, Milano, 1995, n.27.

Ferraguti P., Formato L., (a cura delle assistenti sociali), Report dell'attività di vigilanza sui progetti della legge n.45/1999 biennio 2002-2003, A.S.L. Città di Milano servizio Vigilanza ed Accreditamento Strutture Socio Sanitarie.

Merlini F., Ranci Ortigosa E., La valutazione dell'assistente sociale in "Prospettive Sociali e Sanitarie", anno XXXII, n.4, 2002.

Neresini F., La valutazione di un progetto. Documento presentato nell'ambito del Progetto "Sperimentazione coordinata di progetti adolescenti nel Mezzogiorno" Ministero dell'interno e Fondazione E. Zancan, seminario di Ostuni (BR) 14-16 aprile 1994.

Orsenigo A., Progettare alcuni nodi critici in "Quaderni di Animazione e Formazione", "La progettazione sociale", Edizioni Gruppo Abele,1999.

Pasquinelli S., La valutazione d'impatto nell'ambito delle politiche sociali: esperienze nel campo questioni di metodo. Relazione sintetica per il V congresso dell'AIV.

Setti Bassanini M.C., Valutazione degli interventi di prevenzione, in Costanzi C. Lesmo C. (a cura), *Adolescenti e prevenzione dell'Aids*, Milano, 1991.

LEGISLAZIONE NAZIONALE.

Legge 18 febbraio 1923 n.396, Provvedimenti per la repressione dell'abusivo commercio di "sistanze velenose".

Legge 22 ottobre 1954 n.1041, Disciplina della produzione del commercio e dell'impiego degli stupefacenti.

Legge 22 dicembre 1975 n. 685, Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

D.P.R. 24 luglio 1977 n.616, Attuazione della delega di cui all'articolo 1 della legge 22 luglio 1975 n.382.

Decreto Ministeriale 7 agosto 1980, Regolamentazione dell'impiego dei farmaci ad azione analgesica-narcotica nel trattamento dei tossicodipendenti.

Decreto Ministeriale 10 ottobre 1980, Impiego di preparati a base di metadone e morfina per il trattamento dei tossicodipendenti.

Legge 5 giugno 1990 n.135, Programmi di interventi per la prevenzione e la lotta contro l'*AIDS*.

Legge 26 giugno 1990, Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge n.685/1975 recante la disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

D.P.R. 9 ottobre 1990 n.309, Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

Legge 11 agosto 1991 n.266, Legge quadro sul volontariato.

Legge 8 novembre 1991 n.381, Disciplina delle cooperative sociali.

Provvedimento 21 gennaio 1999, Accordo Stato-regioni per la Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti.

Legge 18 febbraio 1999 n.45, Disposizioni per il Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga in materia di personale per le tossicodipendenze.

Decreto legislativo, 14 giugno 1999 n.229, Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Decreto del Presidente dei Ministri, 10 settembre 1999, Atto d'indirizzo e coordinamento alle regioni sui criteri generali per la valutazione e il finanziamento di progetti finalizzati alla prevenzione e al recupero delle tossicodipendenze.

Legge 8 novembre 2000 n.328, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di intervento e servizi sociali.

LEGISLAZIONE REGIONALE.

Delibera Regione Lombardia, n.III/1479 del 20/12/1983.

Legge Regionale 11 luglio 1997 n.31, Norme per il riordino del Servizio Sanitario regionale e sue integrazioni con le attività dei servizi sociali.

D.G.R. 31 marzo 1999 n.4293, Direttive per l'esercizio delle attività di vigilanza sui servizi socio assistenziali e socio sanitari integrati, in attuazione della normativa di cui alla legge regionale 11 luglio 1997 n.31 e Circolare applicativa n.26 del 13 aprile 1999.

D.G.R. Regione Lombardia 9 luglio 1999 n.44119, Adempimenti regionali e linee di indirizzo alle Aziende A.S.L., agli enti locali (Province, Comuni) agli enti ausiliari ex articolo 115-116 D.P.R. n.309/1990, alle cooperative sociali e alle Organizzazioni di Volontariato per l'attuazione della legge 45 del 18 febbraio 1999 "Disposizioni per il Fondo nazionale di interventi per la lotta alla droga e in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze.

D.G.R. 24 maggio 2001 n.7/4768, Linee guida per la valutazione ed il finanziamento di progetti ed interventi nel campo della prevenzione, della cura, della riabilitazione dei soggetti con problematiche di dipendenza da sostanze illecite e lecite.

D.G.R. 7 aprile 2003 n.7/12621, Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite (art.12 comma 3 e 4 l.r. n. 31/97) e indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle A.S.L.: Progetto Regionale Dipendenze.

D.G.R. 5 dicembre 2003 n.7/15451, Autorizzazione/Accreditamento dei Servizi Territoriali per le dipendenze dell'A.S.L. Città di Milano, ai sensi della d.g.r. 12621/2003.

D.G.R. 11 marzo 2005 n.7/21084, Determinazione dei requisiti standard per l'erogazione di programmi di bassa soglia, di prevenzione specifica, di programmi di psicoterapici e di reinserimento sul territorio regionale ex articolo 16 Atto d'intesa Stato e Regioni 11 ottobre 1999.

DELIBERE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE CITTA' DI MILANO.

Delibera dell'Azienda Sanitaria Locale Città di Milano n,294 del 16 febbraio 2004: deliberazione n.599 del 13.05.2003- Integrazione e modifica.

Delibera dell'Azienda Sanitaria Locale di Milano del 30 giugno 1998 n. 1405, Organigramma Aziendale.

SITI INTERNET.

www.cevas.it

www.infopoint.it

www.regione.lombardia.it

www.valutazioneitaliana.it

www.valutazione.it

www.welfare.gov.it

ALLEGATI



Servizio Vigilanza e Accreditamento
Strutture Socio Sanitarie
Prot. n.

Progetto :

Date visita di vigilanza:

Area del progetto:

- ☐ Prevenzione
- ☐ Trattamento
- ☐ Reinserimento

Durata del Progetto

Annuale ☐

Biennale ☐

Responsabile del Progetto
Responsabile Scientifico:

Data di avvio del progetto:
Data di chiusura del progetto:

Target previsto utenza :

- ☐ maschi:..... ☐ femmine:..... ☐ età :
- ☐ soggetti in trattamento
- ☐ soggetti che abusano sostanze (alcool, tabacco, psicofarmaci)
- ☐ soggetti che non usano sostanze

Target raggiunto utenza :

- ☐ maschi:..... ☐ femmine:.....
- ☐ età.....

Sintesi a fine progetto

- ☐ soggetti in trattamento.....
- ☐ soggetti che usano sostanze (indicare quali.....)
- ☐ soggetti che non usano sostanze.....

● **Obiettivi del progetto:**

	Data visita:	Data visita:	Data visita:
	Data Visita:	Data visita:	Data visita:

● **Azioni intraprese nei confronti dei destinatari del progetto.**

.....

.....

.....

.....

.....

● **Progress raggiungimento target**

_____→
 Date visite : Tot. previsto

● **Modalità e strumenti utilizzati :**

Data visita:	Data visita:	Data visita:

Modalità di registrazione dell'utenza raggiunta :

● **Dove viene custodita la documentazione del progetto :**

- ☐ materiale clinico
- ☐ materiale non clinico

● **Risorse del progetto(indicare eventuali variazioni) :**

- ☐ Responsabile del progetto :
- ☐ Responsabile Scientifico :

● **Operatori interni all'ASL:**

Nome	Cognome	Professione	Struttura	Ore settimanali

● **Operatori del Privato Sociale:**

Nome	Cognome	Professione	Struttura	Ore settimanali

● **Consulenti:**

Nome	Cognome	Professione	Struttura	Ore settimanali

● **Modalità di registrazione delle ore dedicate al progetto dagli Operatori/Consulenti e dai Responsabili :**

- ☐ foglio firma:
☐ registro:
☐ nessuna:

● **Formazione:**

Sono previste iniziative di formazione e/o aggiornamento?

- ☐ Sì
☐ No

Se sì, quali (richiedere progetto formativo)

con quali obiettivi :

- ☐ modalità di formazione :
☐ convegno
☐ corso
☐ supervisione
☐ ricerca
☐ altro (specificare).....

☐ Agenzie formative coinvolte :

☐ Data avvio della formazione :

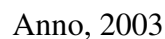
Elementi rilevati alla prima visita:.....
.....
.....

Elementi rilevati nella seconda visita:.....
.....
.....

Elementi rilevati nella terza visita:.....
.....
.....

Operatori del Servizio Vigilanza

Responsabile del Progetto



♦ **Verbale del progetto “Alcol e carcere”.**

- (sintesi a fine progetto)** ☐ soggetti in trattamento

☐ soggetti che usano sostanze indicare quali.....

☐ soggetti che non usano sostanze

• **Obiettivi del progetto:**

1. Costituzione di Una équipe alcologica per detenuti della Casa Circondariale di S. Vittore, che chiedono di essere trattati	Data della visita 26.06.03 Si sono avviati i rapporti interistituzionali necessari per raggiungere l'obiettivo	Data visita: 17.12.03 Creata un'iniziale consuetudine della prassi terapeutica all'interno del Carcere. Standardizzazione della modo diagnostica individuata per tutti i detenuti che chiedono di essere trattati. Le attività si svolgono in tutti i rami.	Data della visita: 09.06.04 Attualmente gli operatori sono impegnati nella valutazione d'efficacia del progetto ed è consegnata copia del <i>report</i> finale. Somministrato a 20 utenti un questionari d'autovalutazione. Il progetto ha implementato un lavoro di rete con i servizi territoriali ed in particolare con la comunità Saman di Belgioioso (PV)
--	--	---	---

• **Azioni intraprese:** nei confronti dei destinatari del progetto:

Data: 23/06/2003

- ✓ Riunioni mensili con medici della Casa Circondariale San Vittore, finalizzate alla stesura di uno specifico protocollo per la presa in carico di detenuti alcolisti.
- ✓ Coordinamento con i Nucleo Operativo Alcologia ed il privato sociale.
- ✓ Stesura di una cartella alcologica (consegnata nel corso della visita di vigilanza).

Data 17/12/2003

- ✓ Introduzione di un nuovo esame di *screening* (CDT) per pazienti con sospetto di abuso alcolico.
- ✓ Distribuzione di una circolare informativa inerente al prelievo ematico per il CDT, a tutto il personale sanitario e agli psicologi operanti in carcere, elemento che a favorito l'incremento delle segnalazioni ed un maggior riconoscimento del problema alcolodipendenza nella popolazione carceraria.
- ✓ Invio dei primi pazienti presso la comunità Saman di Belgioioso (PV), a seguito delle azioni promosse dal progetto "Alcologia e luoghi di cura".

✓ Avvio, da parte degli Alcolisti Anonimi, del primo gruppo d'auto-aiuto presso il reparto COC (Centro d'Osservazione Clinica).

Data: 09/06/04

✓ Gli operatori hanno deciso di effettuare la valutazione degli obiettivi attraverso un campione di 20 persone cui è stato somministrato un questionario che mira ad analizzare i contatti con l'èquipe *alcol* della Casa Circondariale San Vittore, la partecipazione ai gruppi di auto-aiuto, la storia alcologica ed il livello di dipendenza fisica e psicologica.

✓ Sono stati individuati alcuni indicatori per la valutazione:

- 1) entità dei partecipanti ai gruppi.
- 2) Richiesta da parte dei detenuti di essere inseriti in gruppi specifici.
- 3) Eventuale ingresso al progetto "La Nave" (reparto a trattamento avanzato-2° livello).

• **Progress raggiungimento target (presa in carico).**

Tot previsto

☐ **Tossicodipendenti** ----- ► **160**

Date visite: 23/06/2003 – 17/12/2003:144 (su 302 segnalazioni) – 09/06/2004: 171 (su 442 segnalati).

• **Modalità e strumenti utilizzati:**

Data visita (23/06/2003)	Data visita (17/12/2003)	Data visita (09/06/2004)
Cartella alcologica (consegnata copia)	Modulo di segnalazione all'èquipe di sospetto abuso alcolico.	Cartella alcologica
	Modulo di consenso informato per il prelievo CDT	Questionario d'autovalutazione
	Cartella alcologica Questionario, per gli operatori della Casa Circondariale, finalizzato a verificare il livello di conoscenza sul problema alcolodipendenza.	Scheda di valutazione.

	Stesure di procedure standard e protocolli terapeutici specifici per l'inserimento in comunità (Saman)	Gestione di gruppi sia da parte dello psicologo dell' <i>équipe</i> alcologica sua da parte degli alcolisti anonimi.
	Protocollo di collaborazione con gli alcolisti anonimi.	

• **Modalità di registrazione dell'utenza raggiunta:**

Scheda personale e scheda informatizzata sul *personal computer*.

• **Dove è custodita la documentazione del progetto:**

- materiale clinico : in apposito schedario presso il Centro Osservazione Clinica.
- Materiale non clinico: in apposito schedario presso il Centro Osservazione Clinica.

• **Operatori interni all'ASL:**

NOME	COGNOME	PROFESSIONE	STRUTTURA	ORE MENSILI
x	x	Medico	Unità Operativa Penale	04
x	x	Psicologo	Unità Operativa Alcologia	05

• **Consulenti:**

Nome	Cognome	Professione	Struttura	Ore settimanali
x	x	Medico		11
x.	x	Psicologo		10/12
x	x	Educatore Prof.le	Cooperativa Articolo 3	10
x	x	Educatore Prof.le	Cooperativa Articolo 3	20

• **Modalità di registrazione delle ore dedicate al progetto dagli operatori, consulenti e Responsabili:**

✓ foglio firma (presso la sede dell'Unità Operativa Penale).

☐ Registro.

☐ Nessuna.

• **Formazione**

Sono previste iniziative di formazione e/o aggiornamento?

✓ Sì, ma non formalizzate.

• Se sì quali (richiedere progetto formativo)

☐ con quali obiettivi

1) Integrazione tra il personale del carcere ed il personale che opera sul territorio.

2) Approfondimento, per i medici della Casa Circondariale, degli strumenti diagnostici.

3) Supporto agli alcolisti anonimi che conducono gruppi nel progetto.

☐ modalità di formazione:

✓ convegno previsto a fine progetto (euro 400.00)

☐ Corso:

✓ supervisione sul campo

☐ Ricerca.

☐ Altro (specificare).

☐ Agenzie formative coinvolte: la supervisione è condotta dalla Dott.ssa xx

☐ Data avvio della formazione: giugno 2002.

• **Elementi rilevati nella prima visita.**

Modalità di presa in carico: l'utenza può essere segnalata all'èquipe alcologica da personale sanitario o da educatori professionali della Casa Circondariale San Vittore, oppure può richiedere direttamente agli operatori (attraverso la compilazione di moduli che sono letti settimanalmente in èquipe) la presa in carico.

Valutazione della domanda: avviene attraverso un percorso di 4/5 colloqui. Il primo colloquio è condotto dall'assistente sociale o dall'educatore professionale, che hanno il compito di portare il caso in équipe per una prima valutazione integrata (socio-sanitaria). Conclusa la fase di valutazione, l'utente è inserito in un gruppo informativo (ad oggi sono stati attivati due gruppi: uno condotto da educatore professionale e assistente sociale, l'altro condotto da uno psicologo).

Rapporto con i Nucleo Operativo Alcolologico: gli operatori del Nucleo Operativo Alcolologico come da accordi inter-istituzionali, demandano la valutazione agli operatori del progetto ed intervengono solo nella fase di realizzazione dell'inserimento del soggetto in comunità.

L'inserimento in comunità si intreccia con il progetto "Alcologia e luoghi di cura" appena avviato con Centro Aiuto Drogati e SAMAN.

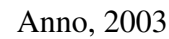
- **Elementi rilevati nella seconda visita:** è consegnato un dossier contenente la relazione sulle attività svolte nella terza fase del progetto (giugno-novembre 2003), nonché l'approfondimento delle due aree di lavoro (inserimento in comunità e percorso diagnostico tramite l'utilizzo CDT) con precisazione delle procedure, delle modalità e degli strumenti utilizzati.

- **Elementi rilevati nella terza visita:** il progetto prevede un convegno conclusivo che, vista la scadenza del progetto (01/06/04) richiede una proroga.

E' stato presentato un analogo progetto, per il biennio 2004-2006, dal titolo "*Alcol a Bollate*" rivolto ai detenuti della Casa Circondariale di Bollate.

E' segnalato un rilevante problema relativo ai detenuti stranieri: per l'attuale legislazione i detenuti che non hanno regolare permesso di soggiorno non riescono ad essere presi in carico dai servizi pubblici e privati. Pertanto l'*équipe* alcolologica per tale fascia di utenza prevede un primo colloquio con il medico senza la possibilità di effettuare approfondimenti diagnostici e presa in carico. L'unica possibilità di intervento rimane l'inserimento presso i gruppi di auto-aiuto degli alcolisti anonimi.

Gli operatori valutando l'opportunità di costruire specifici gruppi informativi per stranieri.



◆ **Verbale della visita al progetto “Sestante”.**

- √ Reinserimento

- Data di chiusura del progetto: 03/11/2004

- 149

- **Target raggiunto utenza :** ☐ maschi ☐ femmine età
☐ soggetti in trattamento
☐ soggetti che usano sostanze (indicare quali...)
☐ soggetti che non usano sostanze

• **Obiettivi del progetto rispetto gli utenti:**

1. Migliorare la qualità della vita degli utenti	Data visita: (28/05/03) Attivata una rete sulle risorse esistenti a Milano. Creato un sito www.progettosestante.it	Data visita: (03/12/03) Forniti agli utenti strumenti di necessità primaria (cibo, abbigliamento,etc.)	Data visita:
2. Fornire informazioni sulle risorse e sulle tematiche connesse alla quotidianità ed ai diritti sociali	Data visita: (28/05/03) Apertura di tre sportelli (Associazione Lotta Aids, Progetto N, Comunità Nuova). Predisposizione materiale informativo	Data visita: (03/12/03) Chiusi gli sportelli dall'01/12/03 a seguito di una valutazione di scarsa utilità. Ora Lavorint raccoglie tutte le segnalazioni /richieste, approfondisce la domanda con gli utenti ed, in base alla loro residenza, li invia ai vari <i>partner</i> di progetto	Data visita:
3. Costruire progettualità individualizzate	Data visita: (28/05/03) Sono stati presi in carico n.5 utenti inviati dal SerT.	Data visita: (03/12/03) Presi in carico utenti inviati dai SerT principalmente per: residenziali: 1) procedure di invalidità; 2) pratiche ALER (Azienda Lombarda Edilizia Residenziale); 3) inserimenti lavorativi.	Data visita ()

● **Obiettivi del progetto rispetto al territorio:**

1. Promuovere e/o consolidare rapporti tra le realtà che si occupano di sostegno alla popolazione marginale.	Data visita: (28/05/03) Obiettivo raggiunto	Data visita: (03/12/03) Obiettivo consolidato	Data visita ()
2. Fornire informazioni agli operatori del settore, pubblico e privato accreditato, sulle procedure di accesso alle risorse assistenziali e previdenziali.	Data visita (28/05/03) Obiettivo raggiunto	Data visita (03/12/03) Obiettivo consolidato. Affinato materiale informativo.	Data visita ()

● **Azioni intraprese nei confronti dei destinatari del progetto (territorio e utenti):**

Data: 28/05/2003

Rispetto all'obiettivo n.1.

Accordi di programma con:Cascina Bianca per il servizio docce,Arca, SOS, Exodus, Opera San Francesco, Centro Aiuto Drogati (per tutela la giuridica), dormitorio Pubblico di v.le Ortles e Protezione civile.

Rispetto all'obiettivo n.2:

- Definite modalità di collaborazione con gli operatori dell'Unità Mobile dell'Azienda Sanitaria Locale Città di Milano.
- Il progetto prevede la presenza di un operatore del SerT, su appuntamento, per fornire informazioni e supporto sociale e per raccordo, nel progetto, tra privato sociale e SerT.
- E' stata effettuata una rilevazione delle risorse e le informazioni riguardanti: attività,modalità di accesso, procedura, sono state inserite nel sito attraverso scheda riassuntiva.
- Sono in via di definizione accordi di collaborazione con la Caritas.

• **Data:03/12/2003**

Il progetto sta realizzando principalmente un'attività di affiancamento agli operatori dei SerT che non riescono a rispondere alle numerose richieste sociali, socio-assistenziali e socio-sanitarie dell'utenza.

Rispetto alla precedente visita di vigilanza, emerge un aumento dell'utenza raggiunta dal progetto.

• **Progress raggiungimento *target***

Totale previsto

• **Tossicodipendenti** -----↓ **200**

Date visite: 28/05/03 n.5 utenti .

31/12/03 n.37 prese in carico su 42 segnalazioni.

• **Modalità e strumenti utilizzati.**

Data visita (28/05/03)	Data visita (03/12/03)	Data visita
Scheda, sito, materiale informativo.	Scheda, sito, materiale informativo.	
	Riunione con operatori.	
	Colloqui con utenti.	

• **Modalità di registrazione dell'utenza raggiunta:**

Scheda personalizzata

• **Dove è custodita la documentazione del progetto:**

☐ materiale clinico

☐ materiale non clinico

• **Date indicazioni per costruire un registro per utenza raggiunta e per gli operatori.**

03/12/03: sono stati predisposti i due registri e sono già in uso.

- **Modalità di registrazione delle ore dedicate al progetto dagli Operatori/Consulenti e dai Responsabili:**

✓ scheda monitoraggio

- **Formazione**

Sono previste iniziative di formazione e/o aggiornamento?

✓ No

- **Se sì, quali (richiedere il progetto formativo)**

☐ con quali obiettivi

.....

☐ modalità di formazione:

☐ convegno

☐ corso

☐ supervisione

☐ ricerca

☐ altro (specificare)

☐ agenzie formative coinvolte:.....

☐ data di avvio della formazione:.....

- **Risorse del progetto (indicare eventuali variazioni):**

☐ Responsabile del progetto:

☐ Responsabile Scientifico:

- **Operatori del Privato Sociale:**

Nome	Cognome	Professione	Struttura	Ore settimanali
x	x	Educ. Prof.le	Comunità Nuova	23
x	x	Amm.vo	Comunità Nuova	2
x	x	Educ.Prof.le	Giambellino	4
x	x	Educ.Prof.le	Progetto N	13
x	x	Educ.Prof.le	ALA	13
x	x	Psicologa	CS&L	13
x	x	Educ.Prof.le	Giambellino	1,5

• **Consulenti:**

Nome	Cognome	Professione	Struttura	Ore complessive
x	x	Informatico	Comunità Nuova	112 (per la costruzione del sito)

• **Elementi rilevati alla prima visita.**

Supervisione sul progetto e non sui casi-

Si è rilevata, in alcune situazioni, delega totale della lettura dei bisogni sociali, da parte dei SerT.

• **Elementi rilevati alla prima visita.**

Non essendo più aperti gli sportelli è diminuito il monte ore degli operatori

Precedentemente adibiti a tale funzione. Il Responsabile del progetto sta

Valutando come utilizzare i fondi che prima coprivano tali oneri.

Alcune ipotesi: 1) buoni per consentire all'utenza di accedere alle docce;

2) spese di lavanderia; 3) rimborsi spese per gli utenti per pasti, spese, mediche, ecc.; 4) convenzioni con posti letto.