



**METODI E STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE PARTECIPATA  
IN AMBITO SOCIO-SANITARIO:  
UN MODELLO DI RICERCA**

*Patrizia Meringolo\**

\*Dipartimento di Scienze della Formazione e Psicologia  
Università degli Studi di Firenze

*Riassunto:* Questo contributo, prodotto dalla professoressa Patrizia Meringolo, si concentra sulla valutazione partecipata, di cui viene proposto un modello di ricerca in ambito socio-sanitario. Nella prima parte del testo viene data una definizione di questo tipo di valutazione e ne sono definite le specificità, criteri, criticità e obiettivi. Nella seconda parte vengono esaminati alcuni “casi di studio”, in particolare quelli nei distretti di Firenze, Pistoia e Livorno, dove è stata messa in pratica questa metodologia valutativa, in relazione ad alcuni casi di dipendenza. Infine l'autrice compie una riflessione sui risultati ottenuti da questa analisi.

*Parole chiave:* valutazione partecipata, casi di studio, criticità, empowerment, metodo.

*Abstract: **Methods and instruments for a participatory evaluation in social and health context: a research model.*** This text focuses on participatory evaluation applied to social and health research. The author discusses at first the definition of this kind of evaluation, considering its peculiarity, criteria, critical issues and purposes. In the second part she presents some “case studies” concerning the districts of Florence, Pistoia and Livorno, where this method of evaluation has been applied with reference to specific types of addiction.

*Key words:* participatory evaluation, case studies, critical issues, empowerment, method.

---

<sup>1</sup>Nel presente intervento propongo una riflessione sulla valutazione partecipata, tema che è stato al centro di una ricerca in ambito socio-sanitario che stiamo ultimando in questo periodo. Si parla molto di valutazione, a volte anche limitandola a parametri che non le sono propri. L'esigenza di valutare nasce, da una parte, con una funzione conoscitiva, per sapere se i cambiamenti possano essere messi in relazione con l'intervento che è stato proposto, dall'altra, con una funzione comunicativa, perché consente di confrontare i risultati ottenuti con altre ricerche o interventi svolti in contesti diversi a partire da elementi comparabili. Esiste anche una funzione di replicabilità, che – se fosse pienamente esplicitata – darebbe visibilità a una grande ricchezza di idee, sia nelle reti formali del servizio pubblico, sia in quelle del terzo settore. Molte volte ci sono degli ottimi interventi che danno esiti positivi, ma, in assenza di parametri di valutazione, non c'è modo di replicarli successivamente e di capire perché i risultati si siano rivelati positivi.

La ricerca valutativa è quindi un punto nodale di tali aspetti: è stata definita da Rossi e Freeman (1985) come una applicazione sistematica delle procedure proprie della ricerca sociale per valutare la concettualizzazione, il disegno, l'implementazione e l'utilità di un programma di intervento sociale. Data la complessità e l'articolazione dei programmi da valutare, si propende ad utilizzare una attività valutativa "su misura" per ciascuno di essi (*tailored evaluation*). In ambito scientifico quindi non si parla solo di risultati espressi in termini di numeri e di esiti statisticamente significativi, o di *evidence based practices*, ma si cerca di avere una visione metodologicamente più ampia. Va tuttavia notato che gli stessi studi *evidence based* non sono nati per dare supremazia al numero in quanto tale, ma al rapporto tra ricerca e pratica clinica (compresa la medicina narrativa). Voglio citare a questo proposito un modello valutativo, chiamato "*Getting to Outcomes*", realizzato dal gruppo di lavoro statunitense di Abraham Wandersman, (2000). Si tratta di un "modello logico" che esplicita una *roadmap* per mettere in grado gli interventi di analizzare i bisogni e di pianificare strategie, attraverso l'utilizzo di una valutazione di processo (e non semplicemente di un confronto prima-dopo). Una modalità di procedere si basa sulla valutazione "*Empowering*", volta a promuovere l'*empowerment* di tutti gli attori sociali coinvolti. Si basa sulla premessa che tutti gli *stakeholder* (portatori di interessi) e quindi gli operatori, gli utenti e la comunità locale, possano dotarsi di strumenti per valutare. La valutazione non è, quindi, appannaggio esclusivo di alcuni esperti. I criteri con cui si valuta non vengono mantenuti "oscuri", ma anzi resi chiari e trasparenti, in modo che gli attori sociali abbiano la possibilità di vedere il processo che si sta svolgendo, discutendone, criticandolo se è necessario, ed entrando nel merito delle singole tappe e degli esiti parziali e finali. Questa non è solo un'esigenza di trasparenza da parte del ricercatore esterno, ma è anche un elemento che rafforza ciascun attore sociale, un'acquisizione di competenze per gli operatori, per i professionisti, per gli utenti, e infine anche per i decisori politici dei territori coinvolti. In questo approccio, inoltre, la valutazione è vista come una parte centrale della pianificazione e della gestione di un progetto.

---

<sup>1</sup> Il seguente contributo di Patrizia Meringolo è stato presentato al convegno "Silenziose rivoluzioni culturali. Educarsi con la mediazione del mondo", Firenze, 7-8 maggio 2015.

Se nei decenni passati il ruolo dell'esperto – e il suo carisma – risiedeva nell'essere il solo che aveva la chiave “tecnica” dello strumento, non accessibile se non nei risultati, un processo di cambiamento culturale e politico ha determinato l'elaborazione di strumenti per cui il tecnico, ossia l'esperto-ricercatore, ha una funzione nell'aiutare a esplicitare in maniera scientifica sia gli obiettivi sia le strategie di implementazione, acquisendo una funzione di facilitatore e di *coach*. Il termine facilitatore è preso dai gruppi di autoaiuto, nei quali questa figura ha una funzione specifica nel cambiamento di prospettiva, e l'obiettivo è quello di sviluppare competenze finalizzate ad auto-valutarsi. L'auto-valutarsi non vuol dire valutarsi da soli, ma possedere strumenti per padroneggiare il monitoraggio dell'intero processo. Un approccio di questo tipo si traduce in una *valutazione partecipata*, che promuove competenze e consapevolezza dei propri bisogni e delle strategie per soddisfarli. In questo processo è importante il raggiungimento degli standard di qualità, a cui tutti siamo interessati, non solo come professionisti ma – e soprattutto – come cittadini. Questo non è disgiunto dalla costruzione di competenze nei partecipanti, una questione di metodo in cui si intrecciano psicologia e politica, intesa come costruzione di *policies* o strategie politiche, perché solo incrementando i saperi valutativi si può ottenere la sostenibilità futura delle buone prassi sperimentate. La valutazione nasce dagli step precedenti di un progetto o di una ricerca: in quest'ambito un aspetto importante riguarda il rapporto tra gli obiettivi e la valutazione. Se non si pongono degli obiettivi chiari e determinati, non ci possono essere dei parametri per valutarli.

Emergono quindi due possibili criticità: i contenuti e il metodo. La criticità di contenuto è presente quando si crea una sorta di circolo vizioso sul “come se”, nel senso che gli obiettivi proposti non sono quelli ritenuti i più adatti o i più praticabili, ma quelli che si ritengono desiderabili da parte del committente, sia esso l'Ente Locale o l'Unione Europea. In questo modo viene presentato un progetto come se l'interesse fosse centrato su argomenti ritenuti auspicabili dalla committenza, mentre in realtà l'idea che si vorrebbe portare avanti è forse meno precisa ma di maggior impatto innovatore. Di conseguenza non si stabiliscono parametri su ciò che si intende fare, ma su ciò che si pensa venga richiesto. Questo diventa un circolo vizioso perverso a livello di contenuto, per cui si sviluppano ricerche e interventi (anche quando approvate) i cui aspetti di maggior pregio risultano collaterali, e quindi meno valutabili e apprezzabili. L'altro aspetto di criticità risiede nel metodo, perché spesso la verifica viene percepita come rendiconto (con obbligatoriamente il bilancio in attivo), con la conseguente insufficienza di definizione degli obiettivi, dei tempi, e – ancora di più – dei parametri di misura (Meringolo, 2011). In altre parole si ha un nuovo circolo vizioso basato su una sorta di verifica contabile che non dà ragione dei risultati emersi e del loro perché, ma dimostra solo che è stato realizzato qualcosa con le risorse disponibili. Così non si fa scienza e non si ottiene neanche una verifica socialmente fondata.

Alcune considerazioni tra psicologia e politica: a cosa serve valutare? Si valuta, in definitiva, per incrementare nuove possibilità o per acquisire nuove risorse? Maritza Montero (2009) sottolinea, introducendo il *Venezuelan Constellation Program*, il carattere politico degli interventi di psicologia di comunità, che

promuovono coscientizzazione e partecipazione come «esercizio critico di de-naturalizzazione di alcuni processi», un processo che deriva anche dall'opera di Paulo Freire e che si fonda sulla rielaborazione critica di credenze e pratiche, considerate normali ma invece socialmente determinate, che condizionano fortemente la vita dei target più marginali.

Aver parlato di valutazione introduce al Progetto, promosso dalla Regione Toscana e dalla Fondazione Andrea Devoto, che abbiamo curato come Dipartimento di Scienze della Formazione e Psicologia e come spin-off accademico LabCom (Remaschi, Fratti, de Wet, Meringolo, 2015). L'obiettivo è stato quello di svolgere una ricerca valutativa su un campione delle strutture residenziali della salute mentale e delle dipendenze. Lavorando in stretto contatto con i referenti della Regione Toscana, abbiamo studiato i modelli teorici ed operativi, sia espliciti che impliciti, che sono alla base delle attività nelle strutture residenziali; il trattamento del paziente, il suo «funzionamento» sociale e personale, la qualità della vita; le modalità di lavoro del gruppo degli operatori; il livello di soddisfazione di utenti e di operatori; il lavoro di rete con le altre strutture territoriali. Le strutture selezionate dalla Regione Toscana, relative ad una pluralità di aree geografiche, sono state 15 per la salute mentale e 10 per le dipendenze. Ognuna di esse è stata esaminata attraverso uno «studio di caso», con strumenti sia di tipo qualitativo che di tipo quantitativo e con schede di osservazione.

In questa sede sono mostrati solo alcuni esempi, per evidenziare il metodo che è stato seguito. Vengono illustrate, quindi, le caratteristiche delle strutture delle dipendenze dell'area di Firenze. L'analisi qualitativa ha messo in luce il pensiero dei responsabili e degli operatori, i quali hanno delineato punti di forza e di criticità delle strutture stesse. Il punto di forza che emerge con particolare rilevanza è il lavoro d'equipe, uno degli aspetti che denota molta più ricchezza di contenuti di quanto se ne abbia consapevolezza. Le criticità sono date dalla problematicità dell'utenza, di complessa definizione (in cui si intrecciano i problemi psichiatrici con quelli dell'abuso di sostanze) e la carenza di risorse. I modelli espliciti di trattamento si basano prevalentemente sul sostegno e l'accompagnamento, e sull'elaborazione di un programma personalizzato (anch'esso maggiormente presente nella pratica che nella valorizzazione e diffusione delle caratteristiche della struttura). La «Scala dell'Empowerment», utilizzata con gli operatori, ha mostrato un alto livello di percezione della significatività del loro lavoro.

Abbiamo indagato la percezione della qualità della rete (espressa attraverso un'analisi quantitativa, con un questionario *ad hoc*), da cui sono emerse criticità nella gestione penale delle dipendenze, che appare riferita ad un nodo debole della rete, accanto a servizi come il centro per l'impiego, mentre un nodo forte è costituito dall'Associazionismo, Volontariato, esperienze di Servizio Civile. Per quanto riguarda gli utenti, i risultati del *focus group* svolto sottolineano l'importanza della relazione che viene creata con gli operatori, mostrando la centralità dell'aspetto relazionale in un percorso di trattamento, non limitato all'abbandono della sostanza, ma finalizzato al recupero della propria vita, senza il quale non avrebbe senso un processo di cambiamento. Risultati simili emergono dalle strutture per le dipendenze della Provincia di Pistoia, l'altro esempio che portiamo. Si può tuttavia notare in queste ultime la presenza di un modello di

riferimento teorico, quello sistemico-familiare, più chiaramente espresso, che tuttavia non esclude altre modalità di trattamento. Per quanto riguarda la percezione della rete, punti di forza e di criticità sono sovrapponibili alle strutture prima illustrate. Gli utenti pongono l'accento, anche in questo caso, sull'importanza delle relazioni che stabiliscono nel gruppo e con le figure degli operatori, evidenziando ancora una volta l'importanza di avere strutture compensative e di ri-socializzazione piuttosto che contenitive e di controllo.

Strutture per la salute mentale: viene portato l'esempio dell'area di Livorno, in cui lo studio è stato condotto con modalità analoghe. L'esempio porta a riflessioni interessanti (emergenti sia dagli obiettivi espliciti del lavoro sia dai punti di forza percepiti), che riguardano la promozione dell'autonomia negli utenti, il collegamento di rete, la riabilitazione e l'importanza del gruppo di lavoro.

E a questo proposito, data la peculiarità del presente Convegno, ci sembra doveroso ricordare come il gruppo di lavoro sia un tema centrale negli studi psicologici di Devoto. Nella ricerca con gli operatori viene spesso citato sia perché motiva la loro percezione di efficacia del servizio, sia perché viene realizzato e rafforzato nei momenti di supervisione ed in altre occasioni di confronto. La supervisione è, infatti, un momento essenziale per il lavoro che gli operatori compiono su loro stessi, prendendosi cura del proprio gruppo.

Anche in questa fase della ricerca sono stati svolti *focus group* con gli utenti, dimostrando come anche nei servizi di salute mentale essi possano avere opinioni esprimibili, registrabili e valutabili. È stata inoltre utilizzata una Scala (STORI), impiegata nei servizi psichiatrici, che indica il percorso di recupero di sé svolto dal paziente, i cui risultati sembrano confermare il processo evolutivo espresso attraverso l'indagine qualitativa. Solo un breve cenno, in questa sintesi, alle strutture della salute mentale esaminate nell'area di Firenze, che sottolineano di nuovo l'importanza dei percorsi di autonomia, socializzazione e cura di sé per gli utenti, e alcune criticità di collegamento con le reti formali territoriali.

Quali conclusioni possiamo trarre da questa ricerca?

Si trattava di *studi di caso*, la finalità pertanto non era quella di “misurare” la loro efficienza o efficacia su una scala data a priori, quanto piuttosto quella di esplorare il senso e i nessi tra obiettivi e strategie, nel tentativo di definire più precisamente quale possa essere il “funzionamento adeguato” dei servizi. In alcuni casi, ad esempio, una struttura pensata per le dipendenze diviene, di fatto, una residenza per utenti con doppia diagnosi. Oppure, una struttura per patologie psichiatriche meno severe diventa una struttura per patologie più gravi. Chiaramente, gli obiettivi dati in precedenza sono inapplicabili, e – al di là delle situazioni di emergenza e delle (spesso notevoli) capacità dei professionisti nel rispondervi – bisogna rendersi conto di come e dove fallisce il processo. Altro elemento riguarda l'importanza di dare voce a tutti i soggetti. La consapevolezza delle risorse esistenti e delle criticità è quindi qualcosa di cui parlare e che deve essere padroneggiato da tutti gli attori sociali del processo.

L'altro tema basilare è la qualità della rete, auspicata da tutti, ma spesso studiata in maniera piuttosto approssimata. Anche in questo caso bisognerebbe analizzare approfonditamente i “nodi” che funzionano e quelli che non funzionano e il perché dello stesso funzionamento. Una delle criticità delle reti può risiedere nel fatto che

alcuni ruoli centrali non sono sufficientemente stabili o sono legati ad un'unica persona, per cui basta che un professionista si sposti o vada in pensione per bloccare l'intera rete. In altri casi la rete non comprende i decisori politici, gli assessori, i funzionari direttivi di un'azienda ASL, ..., che rimangono "scissi" dai professionisti, per cui le decisioni vengono prese da un nodo che non è in collegamento con gli altri. O, infine (ed è un caso che si verifica abbastanza sovente), la rete ha un carattere episodico, si attiva quando c'è un problema o nelle emergenze, mentre potrebbe essere infinitamente più produttiva e meno dispendiosa di risorse e di energie se avesse una modalità programmatica di funzionamento.

### **Riferimenti bibliografici**

Meringolo, P. (2011). La valutazione in un'ottica di psicologia di comunità: alcuni nodi critici e specificità dell'intervento sulle marginalità. In S. Bertoletti, P.

Meringolo, M. Stagnitta, G. Zuffa (a cura di). *Terre di confine. Soggetti, modelli, esperienze dei servizi a bassa soglia*. pp. 107-126, Milano: UNICOPLI.

Montero, M. (2009). Community Action and Research as Citizenship Construction. *American Journal Of Community Psychology*, (43)1-2, 149-161.

Rossi, P.H., Freeman, H.E. (1985). *Evaluation: A Systematic Approach* (III ed.). Sage, Beverly Hills (CA).

Remaschi, L., Fratti, M., de Wet, D., Meringolo, P. (2015). Ricerca valutativa di strutture residenziali per la salute mentale in Toscana.. In: Santo Di Nuovo (a cura di). *Psicologia della salute e salute della psicologia*. Acireale - Roma: Bonanno Editore, ISBN:978-88-6318-008-4.

Wandersman, A., Imm, P., Chinman, M., Shakeh, K (2000). Getting to outcomes: a results-based approach to accountability. *Evaluation and Program Planning*, 23, 389-395.