

**XX Congresso nazionale
Associazione di Valutazione - AIV
20, 21 e 22 aprile 2017**

**PROMUOVERE E VALUTARE IL BENESSERE DELLE COMUNITÀ:
EMERGENZA, RESILIENZA, COMPLESSITÀ**

La valutazione controfattuale di un intervento di innovazione nel settore della fragilità sociale: il progetto INSPIRE (Innovative Services for Fragile People in Rome) di Roma Capitale

di Antonia Caruso ^a, Dario Cirillo ^b, Patrizia Di Santo ^c, Fabio Massimo Lanzoni ^b, Milena Lombardi ^c,
Guido Pellegrini ^d, Claudia Villante ^c.

^a *Dipartimento Politiche Sociali Sussidiarietà e Salute di Roma Capitale*, ^b *Mipa - Consorzio per lo sviluppo delle metodologie e delle innovazioni nelle pubbliche amministrazioni*, ^c *Studio Come*,
^d *Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche - "La Sapienza" Università di Roma*

Abstract

Nell'ambito delle politiche sociali l'uso della valutazione controfattuale tramite disegni quasi-sperimentali è molto raro, specie in Italia. Le ragioni riguardano primariamente le difficoltà di tipo metodologico e di raccolta di informazioni che questi studi implicano. Questo lavoro intende rilevare queste difficoltà e indicare alcune vie per affrontarle. Tra le soluzioni individuate vi è la contemporanea definizione del disegno di policy e del disegno di valutazione e la stretta collaborazione tra attuatori e valutatori per l'identificazione degli obiettivi dell'analisi, dei soggetti che vengono sottoposti alla politica, del gruppo di controllo e delle modalità di rilevazione delle informazioni. Il lavoro analizza il percorso di valutazione controfattuale attualmente in corso e previsto all'interno del progetto INSPIRE che, avviato da Roma Capitale nell'ambito del programma EASI (Employment and Social Innovation), prevede interventi di *social policy experimentation*, con la finalità di rispondere alle esigenze della popolazione fragile di Roma Capitale, definendo nuovi percorsi d'innovazione sociale. I servizi oggetto della sperimentazione INSPIRE e sottoposti a valutazione controfattuale sono quelli di *Tutoring* (servizio personalizzato di supporto alla realizzazione di un progetto individualizzato), di Laboratorio socio-occupazionale (servizio collettivo che integra attività lavorative con quelle di supporto allo sviluppo personale, con la realizzazione di prodotti veri e di qualità) e di Condominio solidale (servizio di sostegno ed accompagnamento destinato a più soggetti fragili che abitano in luoghi limitrofi).

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

Parole Chiave: innovazione sociale, popolazione fragile, metodi di valutazione controfattuale, benessere socio-sanitario.

Sommario

1	Introduzione	3
2	La valutazione controfattuale di interventi sulla fragilità in generale: principali esperienze di ricerca ...	5
3	La descrizione dell'intervento	8
3.1	Descrizione e storia del progetto	8
3.2	Numeri di attuazione	10
4	L'approccio alla valutazione controfattuale	11
4.1	Identificazione degli obiettivi	11
4.2	Costruzione dello strumento	13
4.3	Identificazione e costruzione del campione fattuale e controfattuale	16
4.4	Le metodologie per la valutazione	20
4.5	La costruzione degli indicatori: pregi e rischi	22
5	Conclusioni: perché è necessaria una valutazione quantitativa anche di interventi in campo sociale?	24
6	Bibliografia.....	26

1 Introduzione

A differenza di quanto sta avvenendo nel settore delle politiche per l'impresa e per il lavoro, nel settore delle politiche sociali l'uso della valutazione controfattuale tramite disegni quasi-sperimentali è molto raro, specie in Italia. Il motivo riguarda prevalentemente le notevoli difficoltà di tipo metodologico e di raccolta di informazioni che questi studi pongono e che richiedono per il loro superamento una accurata definizione del disegno di valutazione, che deve procedere di pari passo con la costruzione e l'attivazione della politica. Questo lavoro vuole mostrare come molte di queste difficoltà possano essere superate definendo contemporaneamente il disegno di *policy* e il disegno di valutazione e tramite la stretta collaborazione tra attuatori e valutatori per l'identificazione degli obiettivi dell'analisi, dei soggetti che sono sottoposti alla politica, del gruppo di controllo, delle modalità di rilevazione delle informazioni. L'esperienza proposta segnala come il soddisfacimento di queste pre-condizioni consenta di specificare disegni valutativi con alta validità interna anche nel settore sociale.

Il lavoro presenta il percorso metodologico sottostante il disegno di valutazione controfattuale di un intervento di innovazione nel settore della fragilità sociale: il progetto INSPIRE (Innovative Services for Fragile People in Rome) di Roma Capitale. Tale progetto, finanziato dalla Commissione Europea tramite il programma EaSI (*Employment and Social Innovation*), risponde alla necessità di innovare l'offerta dei servizi di cura della fragilità, alla cui riforma Roma Capitale sta lavorando da diversi anni. Le attività previste riguardano la sperimentazione di una serie di interventi innovativi, volti ad implementare un sistema di servizi flessibile e collettivo in grado di integrare il tradizionale rapporto 1 a 1 tra operatore e utente. Queste azioni vengono sottoposte a valutazione controfattuale, per ottenere dati fattuali che consentano di avviare, se l'impatto delle azioni risultasse positivo ed efficace, una diffusione generalizzata degli interventi previsti dalla riforma, che la stessa proposta INSPIRE prevede.

Il progetto, avviato il 15 settembre 2015, si concluderà il 15 dicembre 2017, per una durata complessiva di 27 mesi. I servizi oggetto della sperimentazione INSPIRE e sottoposti a valutazione controfattuale sono quelli di *Tutoring* (servizio personalizzato di supporto alla realizzazione di un progetto individualizzato), di Laboratorio socio-occupazionale (servizio collettivo che integra attività lavorative con quelle di supporto allo sviluppo personale, con la realizzazione di prodotti veri e di qualità) e di Condominio solidale (servizio di sostegno ed accompagnamento destinato a più soggetti fragili che abitano in luoghi limitrofi). I servizi INSPIRE sono attualmente in corso di sperimentazione in 5 Municipi di Roma Capitale e coinvolgono circa 180 soggetti fragili.

Il progetto prevede una fase valutativa che utilizza l'approccio controfattuale, misurando l'effetto di un intervento «come la differenza tra quanto si osserva in presenza dell'intervento e quanto si sarebbe osservato in sua assenza» (Martini, Trivellato, 2011, p. 35). Questo metodo quindi individua l'impatto dell'intervento analizzando l'esistenza di causalità tra scenario fattuale e politiche tramite il confronto tra un insieme di soggetti trattati e un opportuno campione di controllo, che ci permette di costruire lo scenario controfattuale. L'attendibilità e la validità del metodo dipende sostanzialmente dal rigore metodologico e dalla disponibilità di informazioni appropriate. Il lavoro si concentra su questi aspetti, ovvero su come costruire un adeguato

campione di soggetti trattati e di soggetti non trattati con le caratteristiche dei trattati e di come acquisire le informazioni necessarie per poi valutare l'efficacia dell'intervento. Un aspetto critico del lavoro è proprio l'individuazione delle variabili che rappresentano l'*outcome* dell'analisi, ovvero gli obiettivi specifici del progetto. A questo scopo sono state individuate quattro aree di impatto: carichi familiari, stato di salute, capacità di progettare il futuro, autonomia e benessere sociale. Per tutte queste aree è stato possibile utilizzare uno strumento (un questionario) per rilevare l'informazione prima e dopo l'intervento e costruire indicatori aggregati che rappresentano le variabili di risultato sulle quali valutare gli effetti dell'intervento. L'impatto causale dell'intervento è quindi stimato come differenza tra l'evoluzione differenziale degli indicatori nei due gruppi. Nel lavoro sono inoltre delineate alcune metodologie di valutazione controfattuale che appaiono particolarmente adatte al caso in questione.

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

Lo studio, dopo una presentazione della letteratura riguardante studi di valutazione con applicazione del metodo controfattuale in Italia e all'estero, descrive le diverse attività messe in atto dal progetto e il percorso metodologico attuato, con particolare attenzione alla costruzione dei campioni, dello strumento di rilevazione, del metodo econometrico e degli indicatori che verranno utilizzati nell'analisi. A questo segue un'analisi dei vantaggi e dei rischi dell'applicazione di tale metodo a interventi di politiche sociali. Una sintetica riflessione sul percorso compiuto e sulle motivazioni sottostanti la necessità di ampliare l'utilizzo di questo approccio in campo sociale chiude lo studio.

2 La valutazione controfattuale di interventi sulla fragilità in generale: principali esperienze di ricerca

La valutazione con metodo controfattuale ha conosciuto un'ampia diffusione in ambito statunitense che, dalle prime esperienze di valutazione di programmi di *welfare* avvenute negli anni Sessanta, rappresenta, a tutt'oggi, il contesto più maturo in cui detto metodo trova un'applicazione consolidata. Il *benchmark* metodologico in questo campo è costituito dall'esperimento randomizzato con gruppo di controllo, costruito per minimizzare, o addirittura eliminare, i possibili errori di selezione¹. Molteplici sono stati gli studi di valutazione realizzati attraverso l'esperimento randomizzato utilizzato per la misurazione dell'efficacia di politiche in ambito sanitario, del lavoro e di assistenza economica alle famiglie indigenti² e, di recente, per la valutazione degli interventi educativi³.

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

Per quanto riguarda gli aspetti metodologici, i percorsi documentati da Hwang (2005) e, successivamente, da Fitzpatrick-Lewis (2011) presentano una pluralità di metodi tra cui il metodo controfattuale, realizzato sia mediante esperimento randomizzato sia con disegni di tipo quasi-sperimentale⁴. Particolarmente interessante risulta il contributo di Fitzpatrick-Lewis (2011) che analizza 84 articoli, pubblicati in letteratura, secondo i sei criteri⁵ sviluppati dall'*Effective Public Health Practice Project*⁶ per determinare la qualità metodologica degli studi nell'ambito della salute pubblica. Gli autori evidenziano l'assenza di studi metodologicamente accurati (*strong* nella

¹ Si parla di errore di selezione quando si attribuisce alla politica un effetto che è invece dovuto a differenze nelle caratteristiche proprie del gruppo sperimentale e di quello di controllo. Nei casi in cui non è possibile effettuare la randomizzazione *ex ante* nella selezione dei casi, si ricorre alle metodologie che cercano di effettuarla *ex post*, definite in generale come metodi quasi-sperimentali.

² A titolo esemplificativo, si segnala la valutazione dell'intervento *Enhanced Early Head Start (EHS) with Employment Service* realizzato dal 2004 al 2007 nel Kansas e in Missouri e rivolto alle famiglie a basso reddito con madri in attesa o con figli sotto i 3 anni. La valutazione degli effetti del programma è stata effettuata con il metodo controfattuale. Per ulteriori dettagli relativi al percorso di valutazione, si rimanda alla consultazione della nota redatta da Santarsiero, Sisti (2013).

³ Con riferimento al tema della valutazione delle politiche educative si segnala il portale *What Works Clearinghouse* (WWC) un investimento dell'*Institute of Education Sciences* (IES) del Dipartimento statunitense della Pubblica Istruzione che è stato istituito nel 2002 con l'esigenza di fare da filtro e al tempo stesso rendere accessibili i risultati delle ricerche e delle valutazioni nel campo delle politiche educative.

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

⁴ Un esempio è presentato nel contributo di Ciaranello (2006) che riguarda interventi sanitari destinati a ex senza fissa dimora ospitati nelle *transitional housing facilities* (THF) della città di Sacramento in California.

⁵ I criteri utilizzati riguardano: *selection bias, study, design, confounders, blinding, data collection methods, and withdrawals and dropouts*.

⁶ L'*Effective Public Health Practice Project* (EPHPP) è costituito da un gruppo di ricercatori che realizzano documenti sintetici di elevata qualità destinati agli operatori sanitari e ai *decision makers* al fine di fornire informazioni per supportare la pianificazione e la fornitura di servizi sanitari pubblici in Canada. Per approfondimenti si consulti il sito <http://www.ephpp.ca/index.html>

loro dizione), mentre 10 si configurano più modesti e la gran parte (74) sono metodologicamente deboli. Le cause di questo *weak rating*, a parere degli autori, sono da imputarsi agli effetti dell'attrition, alla difficoltà di applicare la pratica del *single blind* o del *double blind* e ai *selection bias*.

Passando al contesto europeo, negli ultimi anni sono state attivate dall'Unione europea un largo numero di rilevanti iniziative politiche, che riguardano il tema delle politiche sociali ed il futuro dei sistemi di *welfare*. L'obiettivo è incoraggiare gli Stati membri a perseguire politiche attive al fine di dare priorità agli investimenti sociali e alla modernizzazione dei sistemi di *welfare*. Il paradigma dell'investimento sociale è stato accolto ufficialmente dall'Unione europea nel 2013 con l'adozione del *Social Investment Package* (SIP) "*Towards Social Investment for Growth and Cohesion*"⁷. Queste politiche dovrebbero aiutare gli Stati membri ad affrontare le sfide della disoccupazione, della povertà e dell'esclusione sociale accentuate dalla crisi economica e dalle tendenze demografiche di invecchiamento della popolazione.

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

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

In questo contesto, a marzo 2016 la Commissione Europea ha tracciato un contorno preliminare del "Pilastro europeo dei diritti sociali", un documento che identifica una serie di principi fondamentali comuni a tutti gli Stati membri focalizzato sulle esigenze e le sfide nel campo delle politiche occupazionali e sociali⁸.

Nonostante l'accordo intorno l'approccio proposto dal SIP e dall'atteso "Pilastro europeo dei diritti sociali", la coerenza tra le ambizioni programmatiche e la riforma in pratica non è facile da misurare. Gli studiosi che hanno intrapreso ricerche empiriche su questo tema, hanno posizioni diverse, che spaziano tra il moderato pessimismo (Morel, Palier e Palme 2011) e il moderato ottimismo (Hemerijck 2012). Specialmente nell'Europa meridionale, la ricalibratura dello stato sociale ha proceduto piuttosto lentamente, spesso ostacolata da vischiosità istituzionale e resistenza politica. La grande recessione e la crisi del debito sovrano evidentemente hanno reso le cose più difficili: la pratica comune di misure di emergenza per rispondere alle conseguenze della

⁷ Con riferimento alle politiche dell'Unione Europea, il riferimento principale senza pretesa di esaustività è il *Social Investment Package* adottato dalla Commissione UE il 20 febbraio 2013, con il quale si vuole promuovere azioni di capacity building e d'innovazione sociale per rispondere alle attuali esigenze sociali, aumentate dalla situazione di crisi socio economica. Si veda Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, Il Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni: *Towards Social Investment for Growth and Cohesion – including implementing the European Social Fund 2014-2020*. COM(2013) 83 final.

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

⁸ La proposta della Commissione Europea sul pilastro europeo per i diritti sociali si attende per marzo 2017 dopo la chiusura della consultazione pubblica ancora in corso. https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/towards-european-pillar-social-rights_en

crisi, piuttosto che una modernizzazione sistematica e strategica con una prospettiva di lungo termine, ha ridotto i margini di manovra dei "modernizzatori" e rafforzato la posizione e il potere dei "conservatori" (Taylor-Gooby 2004 Bonoli *et al.*, 2012; Evers *et al.*, 2012).

Con riferimento specifico ai contributi scientifici in ambito europeo, si segnala l'archivio gestito dal *Centre for Research on Impact Evaluation* (CRIE)⁹ che raccoglie gli articoli pubblicati e i documenti di lavoro che utilizzano il metodo controfattuale per valutare l'impatto delle politiche e dei programmi inerenti il mercato del lavoro nonché le politiche a sostegno della popolazione fragile. In ambito europeo, i lavori di ricerca con metodo controfattuale hanno trovato maggiore diffusione nell'ambito delle politiche del lavoro (Huje, *et al.*, 2010; Kaiser, *et al.*, 2016; Eppel, 2014) e in particolare della formazione (Gorlitz, *et al.*, 2016; Lechner, *et al.*, 2008; Rinne, *et al.*, 2013). Sono più scarse, ma non irrilevanti, le pubblicazioni sugli interventi a sostegno della popolazione fragile che interessano maggiormente i paesi del nord Europa (Gupta, *et al.*, 2015¹⁰; Roed, *et al.*, 2016¹¹).

Per concludere, con riferimento alla letteratura prodotta in Italia, in generale si può sostenere che l'analisi valutativa degli interventi nel campo delle politiche sociali, si è concentrata principalmente sul monitoraggio dei progetti, che quindi esclude l'analisi di efficacia, oppure sullo studio di casi specifici, il che rende difficile trarre da queste, valutazioni di tipo generale. Tuttavia, a fronte di esperienze mature, che riguardano soprattutto i paesi di cultura anglosassone e del nord Europa, anche l'Italia ha conosciuto nel tempo una progressiva sensibilizzazione al tema¹². Negli ultimi anni è aumentato l'interesse della comunità scientifica rispetto al metodo controfattuale per la valutazione delle politiche pubbliche a sostegno della popolazione fragile e più in generale delle politiche sociali. Infatti, questa tipologia di politiche pubbliche, è al contempo un campo innovativo di applicazione di tecniche per la misurazione degli effetti e un ambito opportuno nel quale sperimentare la valutazione controfattuale (Martini, Trivellato 2011). Questo è ancora più rilevante in un quadro attuale di crescente domanda di politiche pubbliche dirette ad arginare i fenomeni di fragilità e marginalità sociale legati all'aumento della povertà e a dinamiche demografiche di progressivo invecchiamento della popolazione. In questo quadro, come accennato sopra, anche in Italia i lavori di ricerca con metodo controfattuale hanno sicuramente

⁹ Il *Centre for Research on Impact Evaluation* (CRIE) opera all'interno dell'European Commission Joint Research Centre (JRC). Il CREI fornisce competenze scientifiche e supporto metodologico per la valutazione di impatto controfattuale alla DG Occupazione, Affari Sociali e l'Inclusione (DG EMPL) e agli Stati membri per le valutazioni di impatto degli interventi finanziati con strumenti gestiti dalla DG EMPL, e in generale con il Fondo sociale europeo.

Questo il link all'archivio degli articoli pubblicati e ai documenti di lavoro:

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

¹⁰ Si veda, Gupta N.D, Larsen M, Thomsen L.S., *Do wage subsidies for disabled workers reduce their non-employment? - Evidence from the Danish Flexjob scheme*. Gennaio 2015.

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

¹¹ Si veda, Roed K., Markussen S., *Leaving Poverty Behind? The Effects of Generous Income Support Paired with Activation*, in *American Economic Journal: Economic Policy* Vol. 8, No. 1, February 2016

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

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

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

trovato maggiore diffusione nell'ambito delle politiche del lavoro e della formazione (Martini, *et al.*, 2012; Sestito, *et al.*, 2016; Brunello, *et al.*, 2012; Mo Costabella, 2014), ma non mancano alcuni tentativi di applicazione specifica su interventi diretti ad arginare la fragilità sociale (Sisti *et al.*, 2013¹³; Canino, *et al.*, 2013¹⁴; Martini, *et al.*, 2014¹⁵; Pellegrini, *et al.*, 2014¹⁶).

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

3 La descrizione dell'intervento

3.1 Descrizione e storia del progetto

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

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

¹³ Santarsiero S., Sisti M. (2013). *L'offerta di servizi multipli a famiglie indigenti con figli piccoli conduce all'autosufficienza economica?*

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

¹⁴ Canino P., Barbetta G.P., Cima S. e Petrolati F. (2013). *Lavoro e Psiche. Un progetto sperimentale per l'integrazione lavorativa di persone con gravi disturbi psichiatrici*. Quaderni dell'Osservatorio. Fondazione Cariplo

¹⁵ Martini A., Barbetta G. (2014). *Cosa si può imparare dagli esperimenti con partial compliance: il caso dell'effetto inatteso dei tirocini sull'inserimento lavorativo dei disabili psichici*. Rassegna Italiana di Valutazione, Fascicolo 62, Franco Angeli.

¹⁶ Pellegrini G., D'Amen B., Lanzoni F.M., Cucinotta L., Di Prinzio A. (2014). *L'applicazione del metodo controfattuale per la valutazione di un intervento di welfare d'emergenza: il progetto Youssam a Roma Capitale*, Rassegna Italiana di Valutazione, fasc. 59, pp. 124-147, 2014, DOI: 10.3280/RIV2014-059007.

e valutazione delle politiche sociali (Consorzio Mipa; Studio Come), organismi del privato sociale (Comunità Capodarco di Roma; Coop. Manser; Coop. Il Grande Carro; Forum del Terzo Settore del Lazio). La partnership, selezionata attraverso una procedura ad evidenza pubblica, ha partecipato alla co-progettazione della proposta che è stata valutata positivamente e finanziata dalla Commissione Europea.

Il progetto, avviato il 15 settembre 2015, si concluderà il 15 dicembre 2017, per una durata complessiva di 27 mesi. Il budget a disposizione è di 2.100.655,00 euro, di cui 1.662.655 finanziati dalla Commissione europea.

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

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

I servizi INSPIRE sono attualmente in corso di sperimentazione in 5 Municipi di Roma Capitale – V, VII, IX, XII e XIV - individuati sulla base di alcuni criteri, ritenuti idonei ad identificare i territori più favorevoli alla sperimentazione stessa:

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

La selezione dei territori in cui sperimentare ha tenuto conto anche del fatto che 2 dei 5 Municipi selezionati (V e VII) stanno affrontando l'integrazione amministrativa¹⁷ tra due Municipi preesistenti. Questo è un elemento rilevante per la valutazione dell'impatto della sperimentazione

¹⁷ Deliberazione Assemblea Capitolina n. 11/2013 e Deliberazione Giunta Capitolina n. 392/2013.

perché questi territori stanno affrontando alcune difficoltà gestionali e organizzative che possono influire sul successo della sperimentazione. Nello stesso tempo, affrontare tali criticità nella fase sperimentale permette al Dipartimento Politiche Sociali, Sussidiarietà e Salute e al gruppo di lavoro INSPIRE di individuare soluzioni a difficoltà organizzative da diffondere anche ad altri Municipi.

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

- Tutoring – servizio personalizzato di supporto alla realizzazione del progetto individualizzato. La funzione di *tutoring* è svolta da un operatore sociale che ha la funzione di integrare gli interventi previsti dal progetto di assistenza ed effettuati dai diversi servizi, enti e soggetti coinvolti e di collaborare al monitoraggio del progetto stesso. Il tutor è quindi un nodo organizzativo nella rete dei servizi che ha la funzione specifica di integrare l'equipe responsabile del progetto di sostegno (responsabile del caso) con le altre risorse professionali e non.
- Laboratorio socio-occupazionale - servizio collettivo che garantisce ai soggetti fragili coinvolti percorsi individuali di “riabilitazione sociale”, integrando attività lavorative con quelle di supporto allo sviluppo personale. In tale contesto, il lavoro ha una funzione educativa e formativa, in quanto i laboratori prevedono la realizzazione di prodotti veri e di qualità, anche se non nei tempi propri di un sistema produttivo.
- Condominio solidale - servizio di sostegno e accompagnamento destinato a più soggetti fragili che abitano in luoghi limitrofi (case, caseggiati, strade) attraverso la presenza di un operatore. Il servizio è basato sul principio della prossimità dei soggetti tra loro e sull'attivazione delle reti di solidarietà e di aiuto del territorio.

3.2 Numeri di attuazione

I servizi sperimentali oggetto della valutazione controfattuale sono destinati complessivamente a 180 beneficiari, individuati dai servizi sociali e sanitari, in collaborazione con cooperative e comunità che stanno realizzando l'intervento nei 5 municipi sperimentali.

Beneficiari del servizio di *tutoring* – sperimentato nei municipi V, XII e XIV, sono 60 beneficiari fragili: adulti disabili e non, persone con sofferenza mentale e/o loro familiari.

Beneficiari dei laboratori socio-occupazionali – realizzati in tutti i 5 municipi sperimentali - sono 100 disabili adulti di livello medio o giovani e adulti con sofferenza mentale (cartella aperta al Dipartimento di Salute Mentale - DSM).

Infine, i beneficiari dei condomini solidali – implementati nel IX e nel XIV municipio – sono 20 anziani fragili con livello assistenziale medio.

La durata complessiva della fase di sperimentazione è di circa 10 mesi, di cui 1-2 mesi necessari per la co-progettazione con i servizi municipali e l'individuazione dei beneficiari ed 8-9 mesi di intervento.

L'individuazione dei beneficiari, realizzata in stretta sinergia con i Servizi Sociali municipali e distrettuali, è stata una vera sfida per la realizzazione del progetto, di cui tenere conto per il futuro: coinvolgere un numero di beneficiari iscritti in lista d'attesa per i Servizi Sociali municipali

per essere inseriti in progetti sperimentali a termine, non è certo stato facile, ma ancora più difficile e critico è stata l'individuazione di beneficiari potenziali dei servizi da inserire nel gruppo sperimentale di controllo. La costruzione del gruppo di controllo, previsto dalla metodologia di valutazione controfattuale, ha richiesto, infatti, il coinvolgimento di persone con caratteristiche e bisogni simili a quelli delle persone selezionate per i servizi, da tempo ormai in attesa di servizi di sostegno presso Municipi e Distretti socio-sanitari, con l'obiettivo di verificare l'impatto dei servizi sperimentati.

4 L'approccio alla valutazione controfattuale

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

- il modello dei servizi di tipo collettivo sperimentati con INSPIRE può considerarsi integrativo e complementare al modello esistente di fruizione dei servizi per la fragilità, che si fonda principalmente sull'assistenza domiciliare e sul tradizionale rapporto 1 a 1 tra operatore e utente?

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

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

4.1 Identificazione degli obiettivi

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

Ai fini dell'analisi controfattuale, la sezione degli indicatori di risultato è quella centrale. Questi devono essere necessariamente correlati agli obiettivi che ciascun intervento (laboratori socio-occupazionali, *tutoring* e condomini solidali) intende perseguire e al grado di abilità/capacità

possedute da ogni assistito. Data la comprensibile difficoltà nel misurare direttamente certe dimensioni, si tratta di individuare una serie di indicatori indiretti che costituiscano una spia attendibile di una determinata situazione personale/sociale o di un mutamento della medesima.

Nell'elenco qui sotto sono sintetizzate, le dimensioni di analisi su cui, secondo la teoria del cambiamento sottesa al progetto, ci si aspetta che gli interventi di INSPIRE abbiano un impatto. Più avanti, quando si descriverà lo strumento di rilevazione dei dati utilizzato nella valutazione (il questionario), saranno analizzate nel dettaglio le singole variabili obiettivo che ricadono all'interno delle seguenti dimensioni oggetto di analisi:

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

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

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

Come accennato sopra, gli effetti attesi dell'intervento riguardano anche le condizioni di fruizione dei servizi sociali, in particolare la loro qualità. Infatti, l'intervento mira a offrire un'integrazione tra i servizi con la finalità di determinare una maggiore copertura dei bisogni dei singoli assistiti ed una piena flessibilità dell'offerta, tale da garantire una personalizzazione degli interventi di assistenza. Inoltre, con il progetto INSPIRE vengono avviate anche misure di riforma e razionalizzazione dei processi amministrativi, che vanno a semplificare il rapporto tra utenti e soggetti erogatori¹⁸. Ci si attende, quindi, non solo di estendere la platea dei fruitori dei servizi a parità di risorse economiche impegnate, ma anche di fornire un servizio maggiormente rispondente alle esigenze di ognuno, ad accesso più semplice e con maggiore comodità di utilizzo. Queste, e altre, rappresentano grandezze che riflettono il mutamento avvenuto nella condizione personale degli assistiti imputabili al nuovo sistema di servizi sociali e che possono essere analizzate per qualificarne al meglio gli effetti ottenibili anche su più ampia scala.

¹⁸ Sul tema della razionalizzazione dei processi amministrativi e del rafforzamento dei processi di monitoraggio e valutazione dei servizi e delle policy rivolte alla popolazione fragile, è importante evidenziare che, all'interno del progetto INSPIRE, è stato progettato, sviluppato, testato e reso fruibile per i vari attori istituzionali (Servizio Sociale professionale dei Municipi, Dipartimento politiche sociali, sussidiarietà e salute di Roma Capitale, ecc.), un sistema informativo di tipo SaaS - Software as a service - finalizzato alla gestione, al controllo e al monitoraggio dei servizi erogati da Roma Capitale alla popolazione fragile.

In questo quadro, appare opportuno sottolineare l'importanza rispetto alla necessità di avere a disposizione una base dati che consenta di gestire il processo di selezione/gestione dei soggetti coinvolti nella sperimentazione, sia per quanto riguarda le condizioni ex-ante sia per quelle seguenti il trattamento. Questo aspetto ha fatto emergere alcune criticità che verranno analizzate in dettaglio nel paragrafo 4.3.

4.2 Costruzione dello strumento

Lo strumento utilizzato per la rilevazione dei dati sulle variabili obiettivo è un questionario¹⁹ che viene somministrato, ai due gruppi (trattamento e controllo) a inizio e fine intervento. Mentre si scrive questo *paper* si è appena conclusa la prima somministrazione, attualmente quindi si sta procedendo all'elaborazione dei dati raccolti, con il duplice scopo di avere lo scenario iniziale rispetto al quale confrontare quello finale (la fine del trattamento è prevista per ottobre 2017) e fornire il materiale per impostare un monitoraggio intermedio della situazione.

La modalità di somministrazione del questionario e della rilevazione dei dati è quella dell'intervista diretta, in cui l'operatore, previamente formato, è il soggetto deputato ad effettuare la rilevazione e affianca sempre il soggetto e/o il familiare²⁰ nella compilazione. La somministrazione del questionario è a compilazione assistita anche per tenere conto delle difficoltà legate ad alcune tipologie di disabilità. Il questionario inoltre prevede una sezione sui carichi familiari che è somministrata direttamente al genitore o al familiare convivente. Questo al fine di applicare il criterio della multiassialità²¹, in grado cioè di integrare diversi punti di vista: operatori, familiari e utenti. Solo in alcuni casi, relativi al gruppo di controllo, il questionario è stato somministrato con intervista telefonica. Questo perché è risultato molto complicato convocare fisicamente il soggetto e/o il familiare da intervistare, per ragioni legate sia alla tipologia di disabilità sia alla mancanza di incentivi a partecipare alla rilevazione in maniera diretta.

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

¹⁹ È stato condotto un test pilota su 10 soggetti fragili tenendo conto delle differenti tipologie di utenza, al fine di sperimentare la coerenza e la qualità delle risposte alle domande del questionario. Maggiori dettagli sul costruzione del questionario sono riportati nelle note di chiusura.

²⁰ Per i soggetti psichiatrici con cartella aperta presso il DSM e per soggetti con alcune tipologie di disabilità, può essere valutato che nell'ipotesi di oggettiva impossibilità ad intervistare il soggetto, alcune sezioni vengano compilate dall'operatore che conosce la storia del soggetto o dal familiare (affiancato sempre dall'operatore), che farà il possibile per "immedesimarsi" nel soggetto e rispondere "come il soggetto avrebbe risposto".

²¹ Sul criterio di multiassialità si veda: Palestini L, Nicoli MA. *"Teatralmente Una valutazione d'esito applicata al Progetto regionale "Teatro e salute mentale"*.

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

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

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

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

Tabella 1 – Struttura del questionario: sezioni, sotto-sezioni e variabili obiettivo

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

4.3 Identificazione e costruzione del campione fattuale e controfattuale

Per l'impostazione dell'analisi controfattuale, è stata rilevante la definizione dei criteri di selezione del gruppo in trattamento e del gruppo di controllo. Questo, al fine di tenere conto, nel modello di stima dell'impatto degli interventi, di eventuali problemi di autoselezione²², legati cioè alle "differenze di partenza" tra i soggetti inseriti nel gruppo in trattamento e in quello di controllo.

Per individuare le persone da inserire nei due gruppi, si sono utilizzati dati di fonte amministrativa forniti dai singoli Servizi Sociali professionali dei Municipi di Roma Capitale. Tuttavia, nella fase operativa di selezione delle persone da assegnare ai due gruppi, i criteri teorici riferiti alle condizioni ex-ante dei soggetti, stabiliti nella fase di progettazione della valutazione, sono stati adattati al reale contesto di riferimento all'interno del quale sono emerse una serie di criticità così sintetizzabili:

- limitata informatizzazione e scarso aggiornamento dei dati in possesso del servizio sociale riferiti alla situazione di partenza (ex ante) dei soggetti (livello assistenziale/tipologia di disagio, utente/non utente di altri servizi/attività collettive e socializzanti, primo anno di presa in carico, ecc.). Questo elemento determina inoltre una scarsa integrazione e cooperazione sia tra i servizi sociali di diverse municipalità sia tra singoli servizi/uffici interni allo stesso municipio;
- constatazione che una parte della domanda di politiche sociali della popolazione fragile rimane sommersa, cioè non riesce a raggiungere il servizio sociale professionale del municipio. Questo accade per varie ragioni, queste le più rilevanti:
 - le persone fragili che hanno una rete familiare/sociale debole o inesistente fanno molta fatica a far arrivare il loro bisogno al servizio sociale professionale;
 - le famiglie (soprattutto di disabili e anziani) che hanno maggiori risorse relazionali ed economiche fanno spesso fronte ai propri bisogni con risorse economiche private o con risorse interne alla famiglia, sostenendo pesanti carichi familiari;
 - in alcuni casi la domanda prima di raggiungere gli operatori istituzionali, viene intercettata da reti sociali informali (parrocchie, associazionismo no profit, volontario e spontaneo);
 - la domanda non riesce ad essere gestita dal servizio sociale professionale in maniere adeguata a causa di deficit organizzativi e mancanza di risorse economiche, generando quindi il fenomeno delle liste di attesa;
- sovrapposizioni di interventi sulla stessa persona fragile sia a carattere sociale che sanitario di cui i municipi non sono a conoscenza;
- diffidenza da parte dei soggetti in lista di attesa a partecipare a una sperimentazione limitata nel tempo, con conseguente necessità di individuare le persone da inserire nel gruppo in trattamento al di fuori delle liste del servizio sociale professionale;

²² Per approfondimenti su problemi di autoselezione e dinamiche spontanee nei modelli di stima di impatto si veda: Martini A., Sisti M. (2009). *Valutare il successo delle politiche pubbliche*. Bologna, Il Mulino

- gestione della privacy e considerazioni di tipo etico. Quest'ultimo aspetto va governato in maniera adeguata nell'ambito delle valutazioni su interventi di questo tipo. Questo sia con riferimento all'acquisizione ed elaborazione di dati sensibili relativi alla popolazione fragile, sia per quanto riguarda le cautele da utilizzare per gestire le aspettative che si generano nelle persone fragili e all'interno delle loro famiglie su interventi sperimentali di questo tipo che sono comunque limitati nel tempo.

Nella Tabella 2 sono riepilogati i criteri individuati per la selezione dei soggetti inseriti nel gruppo in trattamento e di controllo con l'obiettivo di assicurare che i due gruppi abbiano caratteristiche statisticamente simili *ex ante*. A tal fine si è tenuto conto sia della tipologia di servizio (Laboratori socio-occupazionali, *Tutoring* e Condomini solidali) sia della tipologia di beneficiari (disabili adulti, persone/nuclei fragili, anziani).

Il gruppo di persone assistite ("in trattamento") è composto da 180 soggetti, corrispondenti all'attivazione di 180 contratti di assistenza. Questa è da intendersi come una quantità minima, ma sufficiente, per ottenere la precisione di stima desiderata. In fase di selezione, si è cercato di prevedere un numero un po' più elevato in previsione di casi di abbandono del trattamento, non collaborazione, e per poter facilitare la composizione del gruppo di controllo.

Il progetto ha attivato contratti personalizzati, così suddivisi:

- a) 100 persone disabili da coinvolgere in laboratori socio-occupazionali di cui 66 disabili adulti medio gravi, 34 con diagnosi psichiatrica.
- b) 60 persone fragili che fruiranno di un servizio di tutoraggio e accompagnamento (nuclei familiari e/o soggetti "fragili"). 10 operatori "assistono" 6 situazioni di fragilità.
- c) 20 persone in condomini solidali, tutoraggio ad anziani – disabili a bassa/media intensità assistenziale erogato da operatori a 3-4 beneficiari presenti nello stesso condominio.

Questo gruppo (in trattamento) è stato individuato nell'ambito delle persone in lista di attesa presso i servizi sociali professionali, che principalmente sono stati individuati nelle liste di attesa dei servizi SAISH²³, SAISA²⁴ per quanto riguarda disabili adulti ed anziani, nelle liste di pazienti con

²³ Il SAIH (Servizio per l'Autonomia e l'Integrazione Sociale della persona Handicappata), è costituito da un insieme di prestazioni di aiuto alle persone disabili a sostegno della loro autosufficienza, autonomia e partecipazione sociale. Può usufruire del servizio la persona disabile che "presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione" (Legge 104/92). Sono escluse le persone la cui disabilità derivi da patologie strettamente connesse ai processi di invecchiamento o da malattie psichiatriche. Sono obiettivi primari del servizio il sostegno per l'autosufficienza, il conseguimento del grado massimo di autonomia personale ed il sostegno alla socializzazione al fine di conseguire il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale e sociale. Sono obiettivi secondari del servizio la riduzione del ricorso alla istituzionalizzazione ed il sostegno al nucleo familiare.

²⁴ Il SAISA (servizio per l'autonomia e l'integrazione sociale della persona anziana) è il servizio per l'assistenza domiciliare agli anziani parzialmente autosufficienti. Il SAISH (servizio per l'autonomia e l'integrazione della persona disabile) è finalizzato a favorire il recupero di una parziale autonomia della persona disabile tramite interventi di cura della persona, aiuto domestico, espletamento di pratiche burocratiche, accompagnamento ai centri di terapia e attività culturali, formative, sportive e ricreative.

cartella aperta presso i centri di salute mentale per i soggetti con disturbo psichiatrico e in altre liste per i nuclei e soggetti fragili da assistere con il servizio di *tutoring*.

Quindi, Il campione dei trattati è stato selezionato secondo i criteri indicati in Tabella 2. Queste persone sono state individuate con il supporto dei servizi sociali dei singoli municipi sul cui territorio si svolgono i servizi innovativi proposti nella sperimentazione.

Il gruppo di controllo è composto da un numero di persone pari al gruppo in trattamento, per cui 180 persone (il totale delle persone da monitorare è quindi inferiore a 400 soggetti). La selezione è stata effettuata in modo da rispecchiare, sotto gli opportuni criteri definiti in Tabella 2, quanto più possibile le caratteristiche del gruppo in trattamento. Questa selezione è avvenuta tra le persone attualmente assistite presso il servizio sociale professionale. Anche nel caso del gruppo di controllo i soggetti sono stati principalmente individuati nei servizi Saish e Saisa (per quanto riguarda disabili adulti ed anziani), presso il Dipartimento di salute mentale (per i soggetti con disturbo psichiatrico) e in altre liste di servizi (per i nuclei e soggetti fragili da assistere con il servizio di *tutoring*). Anche in questo caso è stato considerato un insieme supplementare di circa 20 persone in previsione dei casi di non reperibilità per la seconda somministrazione del questionario, mancata risposta, non collaborazione che si potrebbero verificare in corso d'opera. Le caratteristiche in base alle quali sono state selezionate le persone che appartengono a questo gruppo sono state rilevate anche sul gruppo in trattamento, allo scopo di fornire i profili che il gruppo di controllo deve "mimare" per poter rappresentare adeguatamente lo scenario controfattuale. Per esempio, oltre alle tipiche caratteristiche anagrafiche, si sono considerate variabili legate alla tipologia e al livello di bisogno.

La parcellizzazione del gruppo in trattamento tra i vari servizi innovativi non comporta particolari implicazioni ai fini della significatività statistica dell'esperimento controfattuale nel suo complesso. Considerando i singoli sottogruppi, ognuno relativo a uno dei servizi innovativi, soprattutto per quelli a più bassa numerosità, anche se non sarà possibile avanzare proposizioni di significatività statistica, si potrà comunque disporre di una misurazione che può attestare il verificarsi di un eventuale effetto sulle condizioni degli assistiti.

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

Tabella 2 - Criteri di selettività per l'individuazione del gruppo in trattamento e del gruppo di controllo per tipologia servizi e tipologia di beneficiari

Servizi	Tipologia beneficiari	Numero beneficiari	Liste - Criteri selettività	
			Gruppo in trattamento	Gruppo di controllo
Laboratori socio-occupazionali	Disabili adulti	66	- Liste di attesa assistenza domiciliare per disabili adulti (SAISH) e altre liste - Livello assistenziale basso e medio - Senza altro servizio di tipo collettivo e/o socializzante (centro diurno; o altri servizi/attività di tipo collettivo) - Età compresa tra i 18 e i 55 anni - Data di presa in carico più recente possibile (questo non è un criterio vincolante ma preferibile)	- Liste di utenza assistenza domiciliare per disabili adulti (SAISH) e altre liste - Livello assistenziale basso e medio - Senza altro servizio di tipo collettivo e/o socializzante (centro diurno; o altri servizi/attività di tipo collettivo) - Età compresa tra i 18 e i 55 anni - Data di presa in carico più recente possibile (questo non è un criterio vincolante ma preferibile)
	Soggetti diagnosi psichiatrica con cartella aperta al CSM (Centro di salute mentale)	34	- Lista di pazienti che usufruiscono solo di trattamento farmacologico (quindi NON usufruiscono di servizi che prevedono attività collettive/socializzazione) - Età compresa tra 30-65 anni - Patologie in linea con quelle del gruppo in controllo (disturbo schizoaffettivo cronico; sindrome bipolare, disturbo personalità ; paranoia; disturbo dissociativo , Stato ansioso) - Pazienti presi in carico recentemente (questo non è un criterio vincolante ma preferibile)	- Lista di pazienti che usufruiscono solo di trattamento farmacologico (quindi NON usufruiscono di servizi che prevedono attività collettive/socializzazione) - Età compresa tra 30-65 anni - Patologie in linea con quelle del gruppo in controllo (disturbo schizoaffettivo cronico; sindrome bipolare, disturbo personalità ; paranoia; disturbo dissociativo , Stato ansioso) - Pazienti presi in carico recentemente (questo non è un criterio vincolante ma preferibile)
Servizi di tutoring	Nuclei/soggetti fragili	60	- Liste di attesa di vari servizi per la fragilità che rispondono a una serie di bisogni: accompagnamento al lavoro, disbrigo pratiche, assistenza economica, emergenza abitativa - Età compresa tra 25-65 anni - Data di presa in carico più recente possibile (questo non è un criterio vincolante ma preferibile)	- Liste di utenza di vari servizi per la fragilità che rispondono a una serie di bisogni: accompagnamento al lavoro, disbrigo pratiche, assistenza economica, emergenza abitativa - Età compresa tra 25-65 anni - Data di presa in carico più recente possibile (questo non è un criterio vincolante ma preferibile)
Condomini solidali	Anziani	20	- Liste di attesa assistenza domiciliare per anziani (SAISA) - Livello assistenziale basso e medio - Senza altro servizio di tipo collettivo e/o socializzante (centro diurno; o altri servizi/attività di tipo collettivo) - Data di presa in carico più recente possibile (questo non è un criterio vincolante ma preferibile)	- Liste di utenza assistenza domiciliare per anziani (SAISA) - Livello assistenziale basso e medio - Senza altro servizio di tipo collettivo e/o socializzante (centro diurno; o altri servizi/attività di tipo collettivo) - Data di presa in carico più recente possibile (questo non è un criterio vincolante ma preferibile)

4.4 Le metodologie per la valutazione

L'approccio valutativo previsto per la misurazione degli effetti dell'intervento si basa sul modello causale di Rubin (1974), che richiede la costruzione di uno scenario controfattuale: gli indicatori di impatto sanitario e sociale dell'intervento sugli individui che hanno ricevuto il "trattamento" sono confrontati con i valori che avrebbero avuto gli stessi indicatori in assenza di intervento. Il controfattuale ovviamente non è noto e può essere solo stimato, in genere mediante disegni statistici sperimentali o quasi-sperimentali. Il disegno statistico che assicurerebbe la massima validità statistica delle stime è quello randomizzato in cui il ricercatore campiona in maniera casuale sia i soggetti da assistere (gruppo sperimentale) sia i soggetti non assistiti (gruppo di controllo).

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

Un primo approccio a questo problema è quello di ipotizzare che alcune caratteristiche individuali, che differenziano *ex ante* i due gruppi, siano costanti nel tempo. L'eliminazione di tali differenze può avvenire disponendo di almeno due informazioni sullo stesso soggetto, prima e dopo l'intervento, per confrontare non i livelli, ma l'evoluzione degli indicatori. Tecnicamente, differenziando i dati è possibile identificare l'effetto dell'intervento pur se le condizioni iniziali del gruppo sperimentale e di quello di controllo sono differenti. Lo stimatore che si basa sulla presenza di effetti di selezione costanti nel tempo, è noto come *Differences-in-differences* (DID). Per utilizzare questo stimatore si è ipotizzato di rilevare per ogni soggetto le caratteristiche al momento prima e dopo l'intervento. Data la diversa tempistica degli interventi per categoria di fragilità, non è possibile rilevare tutti i soggetti nello stesso istante di tempo, prima e dopo l'intervento. D'altra parte, è cura del progetto fare in modo che il tempo medio di trattamento compreso nell'intervallo di rilevazione sia approssimativamente simile tra i soggetti interessati dalla stessa, specie tra gruppo sperimentale e di controllo.

Un ulteriore approccio utilizzato per minimizzare le differenze *ex ante* esistenti tra i due gruppi si basa sulla ricostruzione, sulla base di caratteristiche note, di un gruppo di controllo il più possibile simile al campione sperimentale. Schematicamente, questo significa cercare per ogni soggetto trattato un soggetto non trattato con caratteristiche *ex ante* simili. Questa tecnica è detta di *matching* e minimizza la distanza tra i due gruppi in base alle covariate disponibili²⁵. Tale modello

²⁵ Per un approfondimento di questa e delle altre tecniche citate si rimanda al lavoro di Blundell, Costa Dias, 2009.

si basa sull'ipotesi di “*non confondimento*”, ovvero che la presenza di selezione possa essere eliminata controllando la composizione del campione sulla base delle variabili disponibili. Se il numero delle covariate è elevato, esiste un problema di dimensionalità, risolvibile tramite la tecnica del *propensity score matching*, proposta per questo esercizio di valutazione²⁶, che implica che il confronto tra il gruppo sperimentale e quello di controllo sia possibile solo dove esista un'area di sovrapposizione tra il *propensity score* dei due gruppi. Una volta determinato il *propensity score*, e verificato che per ogni livello di *propensity score* la media di ogni covariata per i “Trattati” sia statisticamente uguale a quella delle covariate per i “Non Trattati” (ovvero che la proprietà di bilanciamento sia soddisfatta, assicurando che i due gruppi abbiano caratteristiche statisticamente simili *ex ante*), è necessario individuare la tecnica di *matching* più appropriata. Sono molti gli stimatori disponibili per il *matching*.²⁷ Date le caratteristiche del problema e la ridotta numerosità attesa del campione dei soggetti assistiti e non assistiti, si ipotizza di utilizzare due stimatori: l'approccio del *kernel matching*, che impiega tutte le informazioni (all'interno dell'area del *propensity score* comune a trattati e non trattati) per il calcolo degli effetti dell'intervento, e lo *stratification matching*, dove ogni strato può riflettere le caratteristiche dei soggetti appartenenti alle diverse tipologie di soggetti o di servizi offerti.

In presenza di autoselezione all'intervento, se questa è influenzata anche da caratteristiche non osservabili e misurabili, l'approccio di *matching* non può eliminare completamente gli effetti della selezione. Questo è in realtà probabile nel nostro caso, dove il gruppo dei soggetti “Trattati” può presentare alcune caratteristiche diverse da quello dei non assistiti, che riflettono differenze non osservabili tra i due gruppi in termini di disagio psichico e fragilità sociale.

In queste situazioni è stato proposto in letteratura l'utilizzo di un modello di valutazione detto *diff-in-diff matching* (MDID), che quindi considera non il livello ma l'evoluzione delle variabili di risultato tra i soggetti “Trattati” e “Non Trattati” accoppiati secondo la tecnica descritta. Quindi si utilizza insieme il *matching* rispetto alle variabili osservabili e l'eliminazione di differenze costanti nel tempo tra i due gruppi, dovute a caratteristiche non osservabili. Tale metodo ha prodotto buoni risultati in uno studio valutativo in campo sociale con caratteristiche per molti versi simili (Pellegrini *et al.*, 2014).

La procedura di *matching* elimina alcune osservazioni: quelle al di fuori del supporto comune e quelle relative a soggetti non accoppiabili. Ciò riduce ulteriormente la dimensione del campione,

²⁶ Tale tecnica si basa sull'ipotesi che il soggetto non trattato sia simile (per il *matching*) a quello trattato che abbia la stessa probabilità di essere trattato (ovvero lo stesso *propensity score*). Si calcola stimando un modello o *logit* o *probit* (adatto per una variabile compresa tra 0 e 1) che determini la probabilità di essere trattato in funzione di un insieme di covariate note al ricercatore. Il risultato di tale stima è quindi la variabile utilizzata per il *matching* tra trattati e non trattati.

²⁷ I più noti sono il *Nearest Neighbor matching*, che confronta ogni trattato con il trattato (o i trattati) con il valore più simile; il *Radius matching*, che seleziona per ogni trattato i non trattati con *propensity score* che dista non più un valore prefissato da quello del trattato; lo *Stratification matching*, che suddivide il *propensity score* in diversi strati, sulla base di un dato algoritmo, e confronta trattati e non trattati all'interno di ogni strato; il *Kernel matching*, che confronta il risultato di ogni trattato con una media ponderata del risultato di tutti i soggetti non trattati, con pesi decrescenti all'aumentare della differenza del *propensity score* rispetto al quello del soggetto trattato, e la cui forma è data dal tipo di *kernel* prescelto.

oltre alla eventuale riduzione determinata dalla mancanza di osservazioni prima e dopo l'intervento per ogni soggetto. Ne deriva l'esistenza di un *trade-off* in presenza di osservazioni scarse: la migliore precisione dell'esercizio valutativo va a detrimento della precisione statistica delle stime e viceversa. Per questo, si prevede nelle conclusioni di considerare insieme gli stimatori di tipo DID e MDID e quindi, di determinare gli esiti dell'intervento sulla base di entrambi. Per la costruzione dello stimatore MDID si prevede di stimare il *propensity score* tramite una regressione logistica. L'analisi delle differenze fra i campioni degli assistiti e dei non assistiti, le covariate a disposizione e le loro osservazioni effettive, la valutazione delle procedure implicite di selezione presunte portano a propendere per una specificazione dove, insieme a una serie di variabili relative a caratteristiche individuali (sesso, età, nazionalità), vi siano informazioni sullo stato di salute e l'autosufficienza.

4.5 La costruzione degli indicatori: pregi e rischi

La costruzione del *dataset* per l'analisi econometrica richiede in alcuni casi la trasformazione delle informazioni raccolte tramite il questionario in una serie di variabili quantitative (binarie, categoriche o continue). Le variabili sono raccolte preliminarmente in un *dataset* per tipologia di intervento, in quanto le modalità di somministrazione possono variare per tipologia di servizio. Una volta identificati i soggetti e i due momenti di rilevazione da utilizzare nell'analisi, sarà costruito un nuovo *dataset* in cui l'informazione è raccolta per soggetto intervistato (ogni individuo un *record*). L'identificazione dei soggetti "Trattati" e dei "Non trattati" è avvenuta come descritto nel paragrafo 0, considerando la necessità di avere per ogni soggetto due rilevazioni, e quindi, ipotizzando anche le modalità di sostituzione.

L'aspetto critico del lavoro è l'individuazione delle variabili che rappresentano a nostro parere l'*outcome* dell'analisi, e quindi, la loro costruzione dall'informazione rilevata dal questionario. Come precedentemente indicato, il questionario individua quattro aree di impatto: carichi familiari, stato di salute, capacità di progettare il futuro, autonomia e benessere sociale. Per tutte queste aree è possibile individuare indicatori aggregati, che rappresentano le variabili di risultato sulle quali valutare gli effetti dell'intervento. In genere, la scala utilizzata è a 4 caratteri (es. da molto = 1 a per nulla = 4, o da nessuna difficoltà = 1 a estrema difficoltà = 4), per evitare la concentrazione intorno al valore medio. L'indicatore aggregato è dato dalla media dei punteggi.

Vi sono casi in cui l'indicatore è calcolato sul continuo e, quindi, deve essere poi riscalato e normalizzato per permettere l'aggregazione. Infine si vuole costruire un indicatore sintetico composto dalla media aritmetica degli indicatori normalizzati e standardizzati (equivalente a una media aritmetica degli indicatori semplici ponderati per l'inverso della loro variabilità).

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

In primo luogo, la costruzione del questionario, sia sulla base di strumenti presenti in letteratura sia con la collaborazione di esperti nei diversi settori di intervento, permette di ottenere un

dataset informativo ampio, variabile fra gli individui, che consente, quindi, un'analisi valutativa di tipo controfattuale. La costruzione e l'uso di indicatori permette di organizzare l'informazione "di ritorno" dal progetto e, quindi, di procedere a una valutazione fattuale. Questo conferma la possibilità di utilizzo di analisi quantitative basate sul controfattuale anche in ambiti, come quello dell'intervento in campo sociale, dove è meno nota e spesso criticata.

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

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

A questi elementi positivi si accostano necessariamente anche dei rischi. Il primo è che gli obiettivi del progetto non siano o addirittura non possano essere sintetizzati dagli indicatori individuati o individuabili. Molto spesso gli interventi in ambito sociale hanno *target* multiformi, interrelati e che possano anche essere variabili da soggetto a soggetto. L'analisi quantitativa può cogliere talvolta solo parzialmente questi obiettivi e, quindi, sopravvalutare o sottovalutare l'impatto del progetto. Per questo è fondamentale che l'impianto valutativo sia identificato al momento della strutturazione del progetto, come è avvenuto con INSPIRE, e in piena sintonia con gli attuatori del progetto stesso, che hanno un'esperienza di campo delle variabili fondamentali e delle interazioni che agiscono.

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

Come la maggior parte delle analisi controfattuali, anche questa valutazione può determinare con una ragionevole precisione, se INSPIRE ha avuto un impatto significativo e se questo impatto è stato positivo o negativo, ma non può indicare quali sono stati i motivi che hanno portato alla

realizzazione di questi impatti. In termini diversi, misura le realizzazioni ma non i processi, che rimangono sottostanti. Per questo, è importante integrare tale valutazione, che rimane sempre fondamentale e necessaria, con una storia (una teoria) che dia degli indizi sulle catene logiche che hanno agito o non agito. Anche in questo caso l'interazione con gli attuatori dopo la valutazione quantitativa rimane fondamentale.

Infine, resta da determinare quella che in campo valutativo è chiamata "validità" dell'intervento. In genere, si divide tra validità interna (ovvero l'attitudine delle metodologie e del disegno statistico utilizzato a rilevare gli effetti dell'intervento) e validità esterna (ovvero la "trasportabilità" dei risultati a interventi analoghi). Sebbene il limitato numero di soggetti coinvolti in questo intervento possa far dubitare della significatività statistica dei risultati raggiunti e, quindi, della loro validità interna, è importante segnalare che comunque nel complesso il campione dei trattati dovrebbe consistere di circa 180 soggetti, con un numero lievemente superiore per il campione di controllo, quindi sufficiente secondo i criteri standard di campionamento. Esiste sicuramente il tema dell'assunzione dell'ipotesi non sottoponibile a *test di unconfoundedness*²⁸, ma il contesto informativo che verrà utilizzato nel progetto non appare significativamente diverso dai contesti di altri studi in cui viene applicata tale ipotesi.

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

5 Conclusioni: perché è necessaria una valutazione quantitativa anche di interventi in campo sociale?

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

La valutazione controfattuale, quindi con tecniche quantitative, ancora non è molto applicata in campo sociale. Il nostro parere, basato sull'esperienza accumulata nel progetto INSPIRE prima descritta, è invece che una sua applicazione estensiva sia non soltanto utile ma necessaria. I motivi sono molteplici e qui brevemente tratteggiati.

²⁸ Ovvero che le variabili osservabili e utilizzate per il matching e il DID siano sufficienti a eliminare i problemi relativi a selezione su osservabili e non osservabili. Si rimanda all'articolo citato di Blundell e Costa Dias (1986)

In primo luogo, un processo valutativo siffatto presuppone un'ampia disponibilità di informazione statistica, che consente una valutazione "consapevole" e non ideologica, che si basa su dati fattuali e permette un giudizio corretto sull'intervento e sui suoi risultati. Inoltre, l'analisi tramite gli indicatori richiede di specificare l'intervento e, quindi, di individuarne in modo palese gli obiettivi. Questo richiede di accrescere la consapevolezza della Pubblica Amministrazione rispetto ai suoi interventi e agli effetti della sua azione, considerando non soltanto o unicamente "quanto si è speso", ma "come si è speso e che effetti ha avuto".

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

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

6 Bibliografia

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

Note di chiusura

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

Link al documento:

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

ⁱⁱ Le domande della SEZIONE 2.2: *Impatto sullo stato di salute*, sono state tratte dal **Questionario SF -12**, versione breve del questionario SF-36. L'SF-36 è un questionario sullo stato di salute del paziente che è caratterizzato dalla brevità (mediamente il soggetto impiega non più di 10 minuti per la sua compilazione) e dalla precisione (lo strumento è valido e riproducibile). È stato sviluppato a partire dagli anni 80 negli Stati Uniti d'America come questionario generico, multi-dimensionale articolato attraverso 36 domande che permettono di assemblare 8 differenti scale. Il questionario SF-12 è la versione breve del questionario SF-36. Il questionario SF-12 permette di indagare, anziché le 8 scale originali, solo i due indici sintetici, PCS Physical Component Summary per lo Stato Fisico e MCS Mental Component Summary per lo Stato mentale. I punti di maggior forza del questionario sono la brevità e la relativa facilità d'uso. L'ISTAT ha selezionato fin dal 2000 il questionario SF 12 tra gli strumenti di tipo psicometrico sviluppati in ambito internazionale per indagare con maggiore precisione la percezione delle condizioni psicofisiche degli individui. In particolare, il questionario SF12 è utilizzato dall'ISTAT per la rilevazione sulle *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*. Questo il link alla documentazione della rilevazione ISTAT: <http://www.istat.it/it/archivio/5471>
La riproduzione dei quesiti del questionario SF-12, o dei dati di riferimento per documentare o interpretare i risultati ottenuti dall'applicazione del questionario per pubblicazioni specialistiche, non necessita dell'autorizzazione, purché sia accompagnata dalla citazione della presente fonte: Giovanni Apolone, Paola Mosconi, Luciana Quattrocioni, Emilio A.L. Gianicolo, Nicola Groth, John E. Ware Jr - *Questionario sullo stato di salute SF-12*; Versione italiana aggiornata al 2005 a cura di IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri. Link <http://crc.marionegri.it/qdv/downloads/SF12%20Manuale.pdf>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I riferimenti sono stati tratti da:

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

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

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