

Lo sviluppo di competenze valutative¹

di Claudio Bezzi* e Maria Donata Giaimo**

1 – Il concetto di *Evaluation Capacity Building*

La valutazione è un'attività sempre più richiesta e percepita come necessaria, e nel contesto sanitario, pur avendo tradizioni specifiche², è da tempo praticata, rivelando una precisa sensibilità al tema. La forte domanda di competenze valutative, per rendere la valutazione un processo *in house*, si traduce a volte in domanda di formazione alla valutazione, che spesso, però, risulta insoddisfacente; operatori sanitari, funzionari pubblici, responsabili di cooperative sociali, che pur motivati e interessati affrontano alcune ore introduttive al tema valutativo, imbottendosi di nozioni, termini, consuetudini, tecniche valutative, nel mentre si trovano ad affrontare le *routine* quotidiane dei loro uffici, nei fatti perdono sovente il loro tempo, riuscendo solo raramente ad 'agganciare' le nozioni apprese (nozioni fra le altre, peraltro, confuse nell'offerta formativa generale) ai problemi quotidiani e alle emergenze che affliggono continuamente il lavoro amministrativo, sociale, sanitario, o di qualunque altro genere.

E' a partire da questa considerazione che è emersa l'idea di un approccio diverso allo sviluppo di competenze valutative, ispirato alle logiche dell'*Evaluation Capacity Building*³ (ECB) che presuppone un processo di apprendimento organizzativo a partire dalle problematiche del contesto in cui si opera.

Questa esperienza è stata ispirata in maniera precisa dal concetto di ECB come espresso in quello che appare come il contributo recente più organico sul tema, il volume di Compton, Baizerman e Stockdill, *The Art, Craft and Science of Evaluation Capacity Building*⁴. Gli autori così definiscono la ECB:

ECB è il lavoro intenzionale di creare continuamente e di sostenere complessivamente i processi organizzativi che rendono la valutazione ben fatta e utilizzata una *routine*⁵.

Per raggiungere tale obiettivo la ECB:

- si deve correlare fortemente al contesto professionale e organizzativo specifico; anzi, la ECB è "*context-dependent*"⁶;
- sviluppa un sistema *intenzionale* di azioni in alleanza con l'organizzazione in cui agisce:

[...] una collaborazione continuativa e altre forme di alleanza e di relazione politica che, nel tempo, mostra regolarità che si manifestano come sistemi orientati allo scopo.⁷

¹ Questo testo è stato pubblicato su "Prospettive sociali e sanitarie", a.XXXV, n. 17, 2005. Ringrazio la rivista per l'autorizzazione a inserirlo sul sito web www.valutazione.it.

* Claudio Bezzi, valutatore indipendente, direttore della "Rassegna Italiana di Valutazione", è autore del manuale *Il disegno della ricerca valutativa*, nuova edizione rivista e aggiornata, Franco Angeli, Milano 2003.

** Maria Donata Giaimo, medico, Responsabile del Servizio Qualità e Promozione della Salute della Ausl 2 dell'Umbria dal 1991 al 2001, attualmente Direttore del Dipartimento di prevenzione dell'Azienda AUSL n° 2 dell'Umbria.

² E diverse da quella 'valutazione di programma' (secondo la dizione anglosassone *program evaluation*), o semplicemente *valutazione*, informata dalle logiche della ricerca sociale (sociologica ed economica in particolare), che ruota attorno a una comunità internazionale che in Italia si riconosce attorno all'Associazione Italiana di Valutazione (www.valutazioneitaliana.it) e alla rivista "RIV – Rassegna Italiana di Valutazione".

³ Illustrate nel prossimo paragrafo.

⁴ Donald W. Compton, Michael Baizerman, Stacey Hueftle Stockdill (a cura di), *The Art, Craft, and Science of Evaluation Capacity Building*, "New Direction for Evaluation", n. 93, Jossey-Bass, San Francisco, CA 2002. Si vedano comunque, su questo tema, anche M. Adil Khan, *The Politics of Evaluation Reconsidered: A Comparative Study of Israeli Programs*, "Evaluation", vol. 4, n. 3, 1998; Bron McDonald, Patricia Rogers e Bruce Kefford, *Teaching People to Fish? Building the Evaluation Capability of Public Sector Organization*, "Evaluation", vol. 9, n. 1, 2003.

⁵ Ivi, p. 1.

⁶ Ivi, p. 8.

- lavora su attività ordinarie, non straordinarie, proprio per radicarsi meglio in un terreno organizzativo⁸;
- ha bisogno di un'ampia base partecipativa (non è un'attività che può fare il valutatore da solo, o con pochi vertici dell'organizzazione)⁹;
- si sviluppa su più livelli, e utilizzando più approcci e metodi¹⁰;
- fondamentale: deve essere flessibile:

Proprio perché ECB è profondamente contestuale in termini di struttura, cultura, risorse, politiche e ideologie organizzative, programma, ogni sforzo per incanalare la struttura o il processo dell'ECB è destinata a fallire, particolarmente nel lungo periodo. Ciò esattamente perché il processo ECB è un lavoro *in progress* e aperto, e richiede continuamente aggiustamenti e rifiniture¹¹.

2 – Il Dipartimento di Prevenzione dell'AUSL n° 2 dell'Umbria

Il Dipartimento di Prevenzione rappresenta all'interno di un'Azienda Sanitaria la macrostruttura che è preposta all'erogazione di tutte le prestazioni previste dal cosiddetto "livello di assistenza sanitaria collettiva" in ambiente di vita e di lavoro.

In altre parole è un'organizzazione complessa, all'interno della quale operano professionisti diversi (medici, veterinari, biologi, chimici, agronomi, accanto a personale tecnico con la qualifica di tecnici della prevenzione e personale amministrativo) a loro volta organizzati in strutture denominate Servizi, a direzione medica o veterinaria, che si occupano di temi specifici come la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro, la sicurezza alimentare, la salvaguardia del patrimonio zootecnico, per gli aspetti connessi con l'uomo, la salubrità delle acque destinate al consumo umano e l'igiene dell'abitato, la prevenzione delle malattie infettive, ma anche la promozione dell'attività sportiva e di stili di vita sani, la prevenzione degli incidenti stradali e domestici e la valutazione complessiva dello stato di salute della popolazione di riferimento, con l'obiettivo di concorrere al raggiungimento degli obiettivi di salute individuati dal Piano Sanitario Nazionale e da quello Regionale.

Il personale di tali Servizi (in complesso più di 200 persone) esercita il proprio ruolo attraverso azioni di vigilanza, che discendono da specifiche normative comunitarie e nazionali e mirano alla individuazione di fattori di rischio per la salute dell'uomo e, ovviamente, alla loro rimozione, anche attraverso interventi di prevenzione sul singolo; esempi di attività sono le vaccinazioni, gli screening, le iniziative di informazione ed educazione alla salute, che si prefiggono l'obiettivo di rendere i cittadini più consapevoli di quale stile di vita debba essere adottato per mantenersi il più a lungo possibile in buona salute.

3 – Il disegno generale del lavoro realizzato

Il percorso di seguito descritto è nato come affiancamento agli operatori del Dipartimento, nel quale era stato avviato a partire dal 2002 un progetto di accreditamento dei Servizi, con la finalità di sviluppare un modello orientato al miglioramento continuo della qualità, di perseguire obiettivi di revisione delle linee di attività e di promuovere percorsi di ottimizzazione dell'organizzazione e del funzionamento delle stesse strutture dipartimentali. Proprio nel portare avanti tale processo all'interno di ogni singolo Servizio (sia di area medica, sia di area veterinaria) ci si è resi conto del fatto che era necessario migliorare le competenze valutative dei Dirigenti dei Servizi del Dipartimento. Si è quindi scelto di affiancare l'ultima fase del progetto di accreditamento, ovvero

⁷ Ivi, p. 8.

⁸ Ivi, p. 9.

⁹ Ivi, p. 17.

¹⁰ Ivi, pp. 20-21.

¹¹ Ivi, p. 21.

quella della redazione del “Manuale di Qualità” del Dipartimento con un percorso formativo originale. Deve essere precisato che il Manuale era stato pensato non solo come il contenitore della raccolta organizzata della documentazione del sistema di accreditamento stesso, ma anche come uno strumento di presentazione essenziale del Dipartimento.

Quando è cominciato il percorso esisteva già una prima bozza del manuale, proposta dalla Direzione del Dipartimento: essa ha così rappresentato quello che può essere definito come “contesto” all’interno del quale è stato sviluppato il percorso formativo, che aveva una doppia finalità. Da un lato portare i dirigenti del Dipartimento a riflettere sul proprio operato, anzi sulle ragioni stesse dell’agire dei singoli Servizi (in altri termini sulla *mission*), fino ad arrivare a delineare indicatori, e dall’altra farli contribuire alla stesura del Manuale, consentendo quindi di apprendere la procedura che avrebbero dovuto poi utilizzare per la stesura dei singoli Manuali di Qualità dei Servizi.

Con “competenze valutative” non vanno mai intese competenze tecniche settoriali, ma capacità – perlopiù concettuali – di carattere trasversale, idonee ad esercitare un atteggiamento critico sul piano metodologico; le ricadute di tali competenze dovevano esercitare un beneficio sulle capacità organizzative e progettuali del Dipartimento, e quindi sulla gestione di processi di qualità interni, e quindi – infine – anche su funzioni valutative da intendere come trasversali alle precedenti; Come accennato la proposta ha voluto essere di formazione/*affiancamento*.

Si è inteso quindi di:

- evitare lezioni frontali (p.es., fatte salve alcune ore iniziali concordate di presentazione, non si è affrontato il tema della valutazione, o altri, con lezioni dirette);
- inserirsi completamente nel tema che funge da contesto (l’accreditamento) operando esclusivamente con i ‘materiali’ da esso offerti;
- sviluppare un percorso di riflessione che facesse leva sui saperi professionali dei partecipanti, sviluppando in loro, con modalità maieutiche, il pensiero critico che sta alla base degli obiettivi cognitivi della presente proposta.

Con queste premesse, si possono così identificare gli obiettivi dell’azione formativa:

- Obiettivo generale: Supportare i dirigenti del Dipartimento di Prevenzione nella fase finale del percorso di accreditamento.
- Obiettivo specifico: Utilizzare tale percorso di affiancamento come occasione per sviluppare competenze valutative.
- Obiettivo operativo: Aiutare i dirigenti del Dipartimento a scrivere il manuale di accreditamento di servizio.

Si sono realizzati incontri dedicati a due distinti gruppi, uno di veterinari e uno di medici (entrambi integrati da altre figure professionali presenti nel Dip.), oltre a incontri in comune, con la compresenza di tutti, per favorire la trasversalità delle competenze e dei problemi emersi. Gli incontri dedicati sono stati otto in totale per ciascun gruppo, e quelli trasversali tre.

4 – La concettualizzazione

Come detto esisteva già una prima bozza di manuale di accreditamento. Tale bozza, parzialmente conosciuta dagli operatori del Dip. (in ragione del diverso coinvolgimento di ciascuno nella sua redazione) è necessariamente stato l’elemento di partenza del lavoro. La lettura della bozza ha consentito di fare una riflessione preliminare sul linguaggio, e quindi sui concetti utilizzati, e in secondo luogo di identificare le dimensioni principali del problema. Riflessioni sono state condotte sulla struttura del manuale, il suo lessico, gli elementi principali trattati (o esclusi) e così via, consentendo al gruppo, attraverso la discussione libera, di sviluppare una sensibilità critica sul corretto uso di concetti che – altrimenti – veicolati da un linguaggio stereotipato avrebbero potuto indurre equivoci.

Più importante la riflessione sulle dimensioni individuate.

L'operazione in qualche modo immaginata dal valutatore, e condivisa col Direttore del Dip., era di procedere – in modo assolutamente implicito e indiretto – lungo il cosiddetto “paradigma lazarsfeldiano” – dai concetti agli indicatori, come percorso logico di chiarificazione concettuale che poteva consentire l'individuazione degli elementi strategici del Dip. e l'individuazione dei rispettivi indicatori, tutti elementi questi che dovevano far parte del manuale di qualità generale e di quelli specifici dei servizi¹².

La bozza già esistente tratteggiava già una parte importante di questo processo, in particolare identificando quattro ‘pilastri’ dell'azione del Dip. che si sono assunti come le quattro dimensioni del concetto “Dipartimento di prevenzione”.

I quattro ‘pilastri’ sono:

- Il Dip. ha il compito di *assicurare alla popolazione di riferimento l'individuazione, la valutazione delle cause di nocività e malattia umana e animale, nonché dell'impatto sulla salute delle politiche ambientali e sociali;*
- il Dip. ha il compito di *promuovere azioni per la mitigazione dei fattori di rischio e ove possibile per la rimozione delle cause di nocività e malattia, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i Distretti e con i Dipartimenti territoriali e ospedalieri;*
- il Dip. ha il compito di *garantire l'informazione, l'educazione e la comunicazione per la salute contribuendo alla formazione di cittadini competenti;*
- il Dip. ha il compito di *fornire il supporto tecnico alla Direzione aziendale nella propria funzione di committenza, nella definizione delle strategie aziendali di promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro, di prevenzione delle disabilità e di miglioramento della qualità della vita.*

I quattro ‘pilastri’ rappresentano una classificazione delle attività del Dip. Si deve presumere che ci siano tutte e siano ben definite, secondo i due principali principi di qualunque classificazione (Esaustività e Mutua esclusività – il terzo principio, qui meno utile, è l'Unicità del fundamentum divisionis). Le domande da porsi quindi sono: i quattro elementi sono chiari? Sono completi o manca qualcosa? Dopo attenta riflessione si è stabilito che i quattro punti vanno intesi come esaurienti e completi.

La riflessione sui quattro ‘pilastri’ è stato il secondo momento significativo del percorso, in cui il gruppo si è dovuto confrontare col problema della completezza della classificazione (assunte come le quattro dimensioni del problema, dovevano coprire semanticamente tutto il concetto), e con le logiche cognitive connesse a tale riflessione.

Stabilire che i quattro punti sono esaurienti e completi ha significato mettere in cantiere un lavoro specifico, su ciascuno, di scomposizione e analisi per trovarne le dimensioni e gli indicatori, come accennato anche sopra.

In sintesi la prima parte del lavoro ha consentito di chiarire alcuni concetti importanti:

1. per *scrivere* il manuale si deve lavorare sui *significati* del Dipartimento così come sono costruiti, percepiti, riorganizzati, negoziati nei gruppi di lavoro impegnati nella formazione;
2. tale lavoro riguarda essenzialmente un processo di *concettualizzazione* che pone in testa il Dip., seguito da 4 sue dimensioni *già individuate* nella bozza di Manuale;
3. questa concettualizzazione – come si è visto – va dal generale (il concetto di ‘Dipartimento’) al particolare (le singole parti del Dip., le attività, i processi specifici) perché in questo modo possiamo trovare – al livello inferiore – gli *indicatori*.

¹² Sul paradigma lazarsfeldiano e sul percorso di concettualizzazione si vedano: Paul Felix Lazarsfeld, *Dai concetti agli indici empirici*, in Raymond Boudon, Paul F. Lazarsfeld (a cura di), *L'analisi empirica nelle scienze sociali. I – Dai concetti agli indici empirici*, Il Mulino, Bologna 1969; Alberto Marradi, *Concetti e metodi per la ricerca sociale*, La Giuntina, Firenze 1987; Alberto Marradi, “Referenti, pensiero e linguaggio: una questione rilevante per gli indicatori”, *Sociologia e Ricerca Sociale*, n. 43, 1994; Luca Ricolfi, “Sul rapporto di indicazione: l'interpretazione semantica e l'interpretazione sintattica”, *Sociologia e Ricerca Sociale*, n. 39, 1992; Leonardo Cannavò, *Teoria e pratica degli indicatori nella ricerca sociale. I – Teorie e problemi della misurazione sociale*, Ed. LED, Milano 1999.

A partire dal prossimo paragrafo si mostra il reale processo di scomposizione concettuale (punto 2 dell'elenco sopra) realizzato sulla base di diversi incontri entro l'Estate 2004. Il sesto paragrafo riguarderà poi la costruzione degli indicatori.

5 – Mappe concettuali del Dipartimento

Dopo lo sviluppo delle riflessioni precedenti, il lavoro è proseguito semplicemente interrogandosi, dimensione per dimensione delle quattro individuate (i quattro 'pilastri' del manuale), sui suoi significati, contenuti, relazioni con altri elementi, e così via.

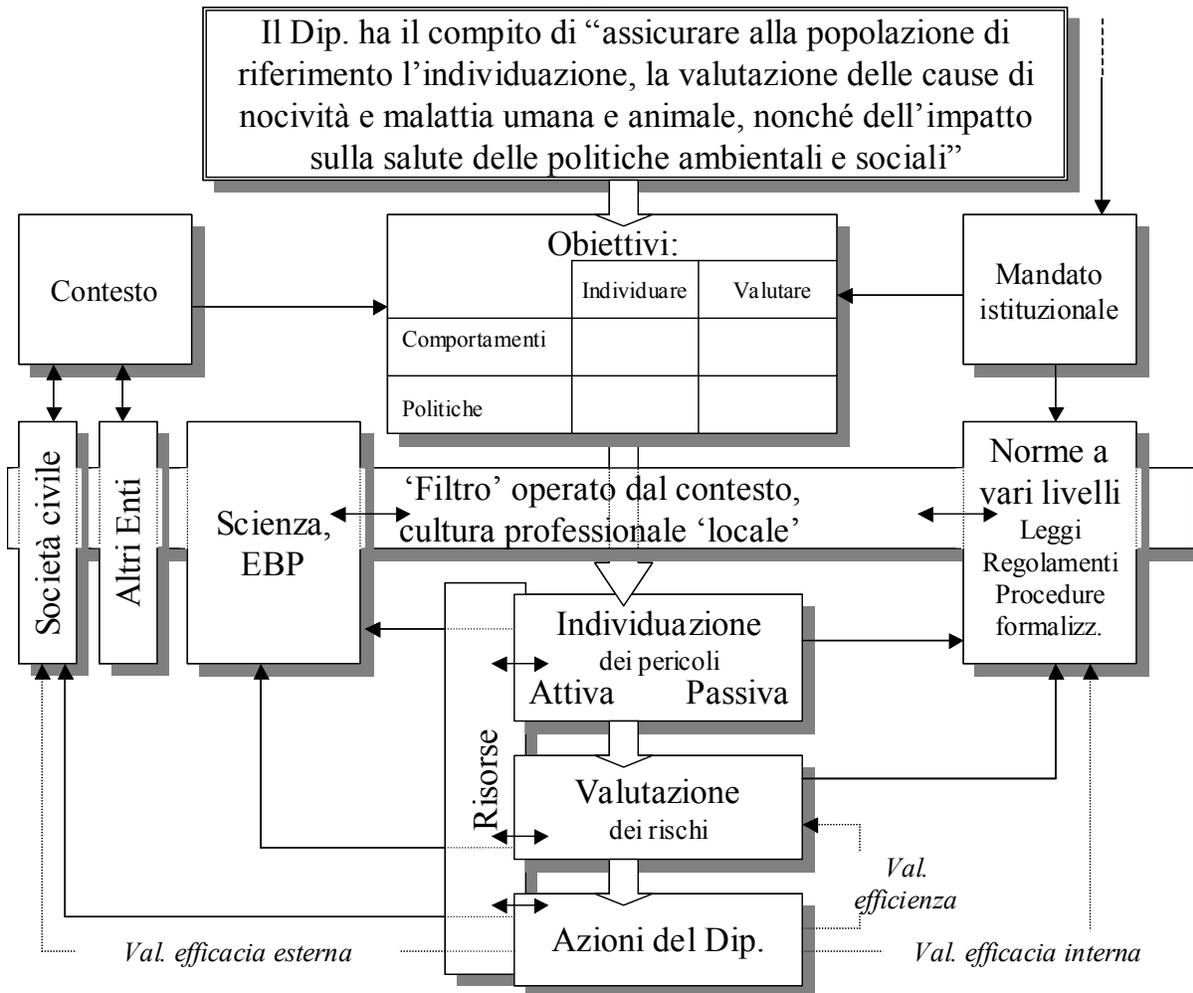
La riflessione ha quindi portato il gruppo dalle dimensioni (i quattro 'pilastri') alla logica organizzativa e di programma, come accesso ai successivi indicatori.

Occorre sottolineare che è sempre stato il gruppo a condurre il ragionamento, mentre il coordinatore ha avuto solo una funzione di stimolo e regia, ponendo domande, rilevando contraddizioni (apparenti o reali), e solo di quando in quando suggerendo strade (mai soluzioni).

Il lavoro di concettualizzazione realizzato nei gruppi è stato immediatamente raffigurato in maniera grafica, dove semplici e intuitive convenzioni simboliche aiutano a definire delle vere e proprie 'mappe concettuali' di ciascuna dimensione.

Incominciamo con la prima dimensione specificata nella *mission* del manuale, il cui testo è riportato nel primo box in alto della figura 1.

FIG. 1 – MAPPA CONCETTUALE DELLA DIMENSIONE “INDIVIDUAZIONE E VALUTAZIONE DELLE CAUSE DI NOCIVITÀ”



La figura può essere letta in questo modo:

Nella prima dimensione ('pilastro' della missione del Dip.) viene illustrato come la attività del Dipartimento agisca in due contesti: quello individuale e quello "socio-politico" al fine di individuare da un lato, e valutare l'entità dall'altro, delle cause di nocività per la salute umana. Le attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi sono mediate da un forte *filtro* culturale determinato dal contesto (da intendere in senso ampio, antropologico) in cui i Servizi operano. In particolare si distinguono due elementi orientatori: le norme e regolamenti da un lato, il contesto scientifico (indicato nella mappa come 'EBP', *Evidence Based Prevention*), sociale e politico di riferimento dall'altro. Tutto questo include la flessibilità e i margini di manovra che gli operatori del Dip. hanno nei loro interventi, nella scelta delle priorità che si danno, e così via.

Alla luce di tale 'filtro' gli operatori del Dip. individuano i pericoli (in maniera attiva o passiva), quindi realizzano attività di valutazione dei rischi ecc., alla luce delle risorse realmente disponibili. Un elemento rimarchevole è l'insieme di retroazioni presenti nella figura.

Tali retroazioni riguardano, fra l'altro:

- la possibilità di incidere, anche se in tempi lunghi, sui cambiamenti delle norme e regolamenti;
- l'analogo effetto sulle evidenze medico-scientifiche;
- la retroazione causata dagli interventi sul contesto sociale, che a sua volta riorienta le attività del Dip.

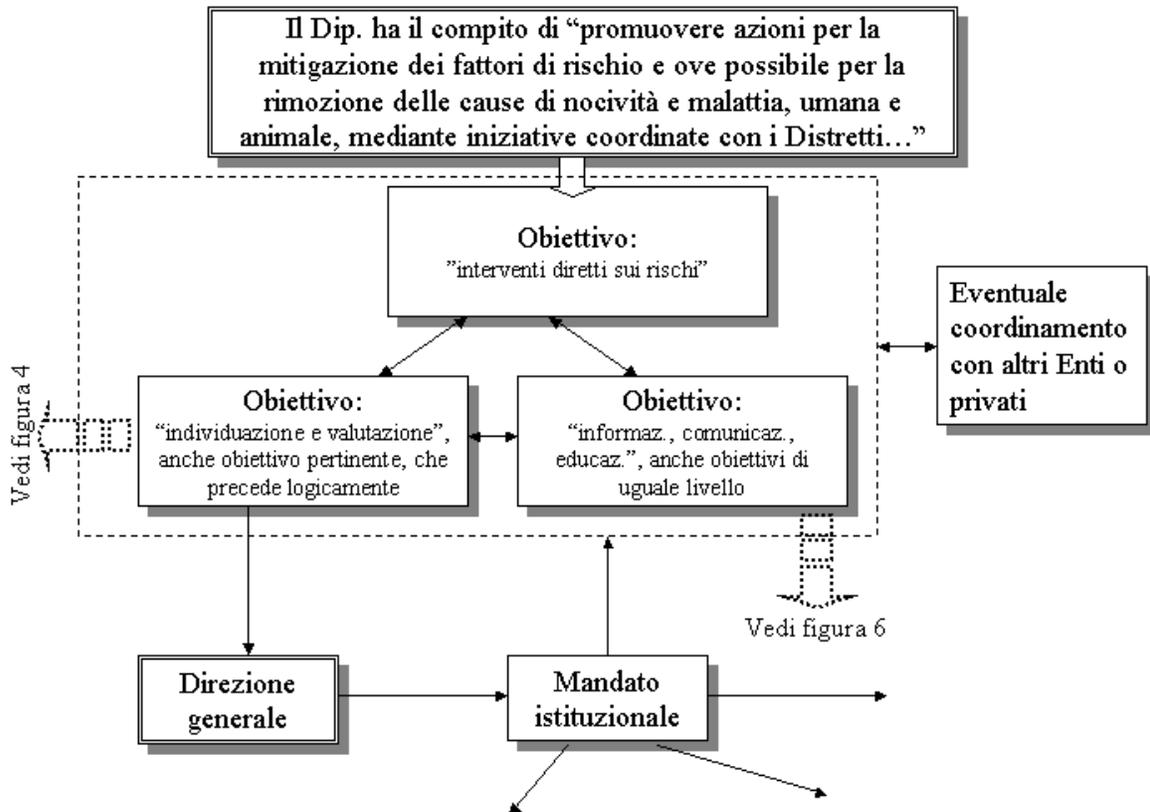
Da osservare che l'ultimo box in basso ("Azioni del Dip.") è qui collocato come *promemoria*; esso infatti non appartiene a questo pilastro e si configura come pilastro a sé stante, che genera una mappa concettuale specifica (Fig. 2).

Proseguiamo con la seconda dimensione, che riguarda appunto le attività del Dip. che *seguono* l'individuazione e la valutazione.

Questa figura appare subito molto diversa dalla precedente. Il 'residuo' delle attività del Dip. sono riunite nel box in alto titolato "Interventi diretti sui rischi", che non è ulteriormente scomponibile, salvo redigere una lunga lista, analitica e inutile, dei molteplici interventi diretti. Gli altri due box presenti in questa figura ("Individuazione e valutazione", e "Informazione e comunicazione", sono indicati in forma sintetica, essendo già disponibili le relative mappe concettuali (rispettivamente, Fig. 1 e Fig. 3).

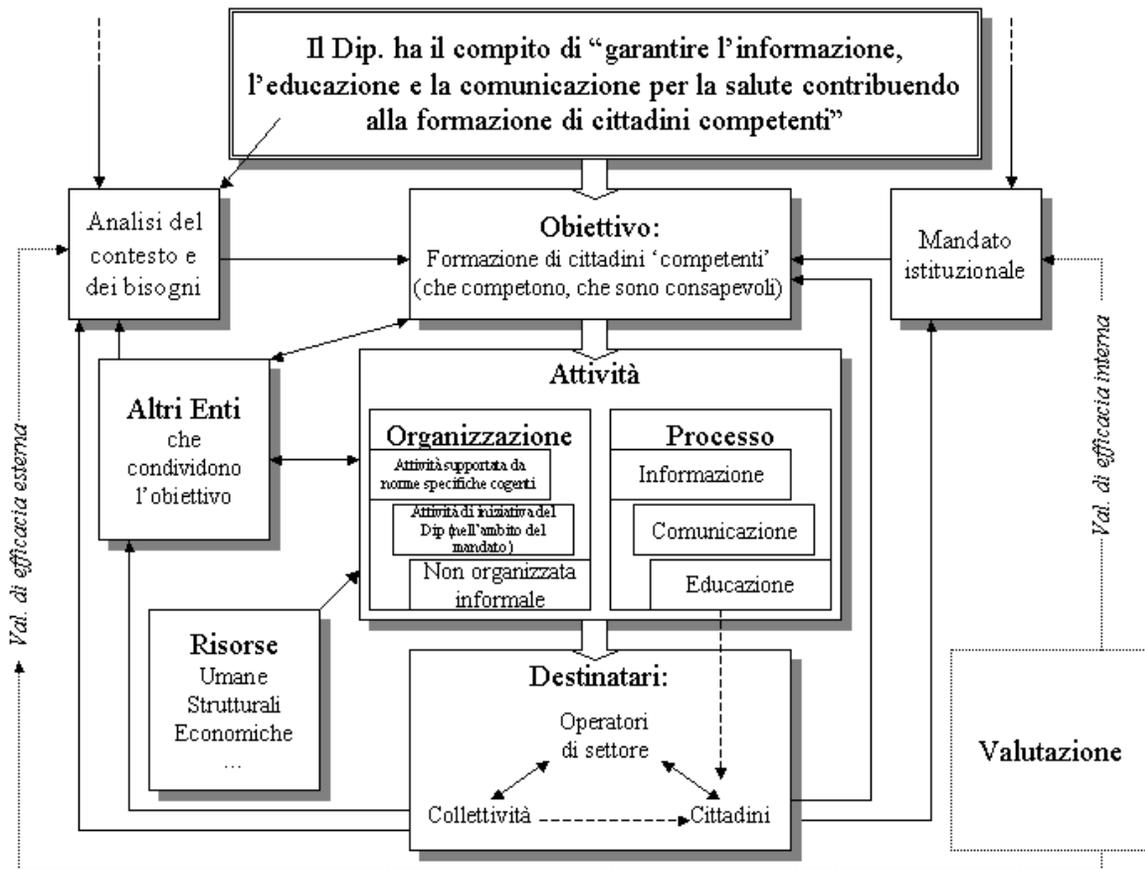
La quarta dimensione inoltre ("Il Dipartimento fornisce assistenza alla Direzione generale...") va introdotta subito perché non sviluppa una figura autonoma, come le altre. Essa è rappresentata, nella figura 2, dal box in basso.

FIG. 2 – MAPPA CONCETTUALE DELLA DIMENSIONE "PROMUOVERE AZIONI PER LA MITIGAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO [...]" – PROPOSTA DI LAVORO



Concludiamo con la terza dimensione (Fig. 3).

FIG. 3 – MAPPA CONCETTUALE DELLA DIMENSIONE “GARANTIRE L’INFORMAZIONE”

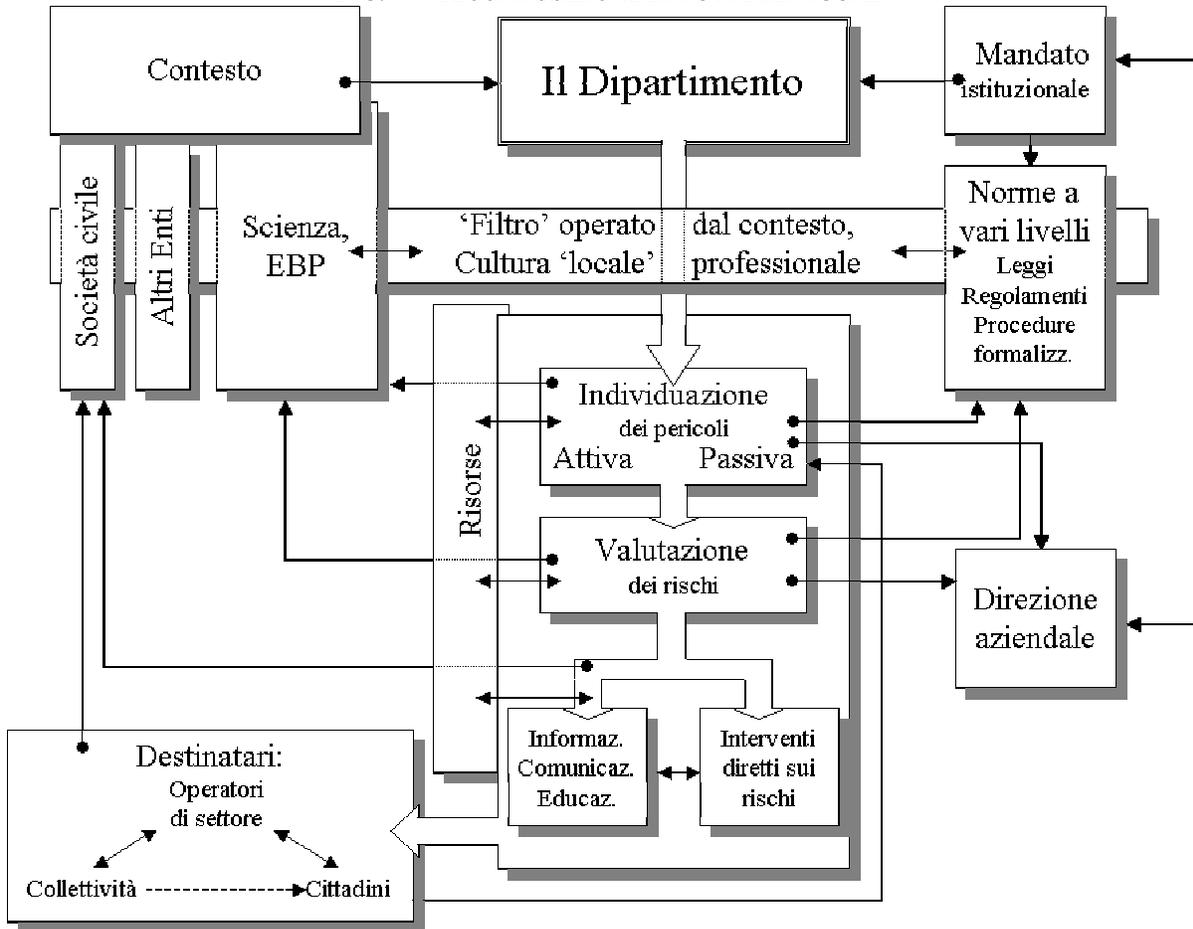


La figura può essere letta in questo modo:

La dimensione ('pilastro' della missione del Dip.) si concentra sull'obiettivo "formazione di cittadini competenti" che è determinato sia dal mandato istituzionale (che detta le diverse dimensioni costitutive della missione) che dal confronto con le reali condizioni del contesto. L'obiettivo si traduce in 'Attività', da distinguere fra informazione, comunicazione ed educazione (che rappresentano livelli via via più profondi e interattivi), che agiscono concretamente entro un'organizzazione (distinguibile per livelli di formalità: 'supportata da norme cogenti'; 'di iniziativa del Dip.', 'informale'). A tali attività concorrono anche altri Enti che condividono l'obiettivo, e come vincolo/opportunità sono da considerare anche le reali risorse disponibili. Il processo informativo/comunicativo/educativo viene erogato rispetto a destinatari che possono essere rappresentati lungo una scala di astrazione, dalla generica 'Collettività', fino a 'Cittadini' di specifiche categorie, eventualmente passando anche per determinati 'Operatori di settore' che a loro volta, in seguito all'azione del Dip., contribuiscono a innescare ulteriori processi su collettività e cittadini, in un rapporto sistemico complessivo.

Infine, la ricomposizione di tutte le 'mappe'; le mappe concettuali possono essere ricomposte in una logica unitaria come mostrato in Fig. 4 (i dettagli in quest'ultima figura sono inferiori, perché questa figura ci serve solo come mappa complessiva).

FIG. 4 – RICOMPOSIZIONE DI TUTTE LE FIGURE



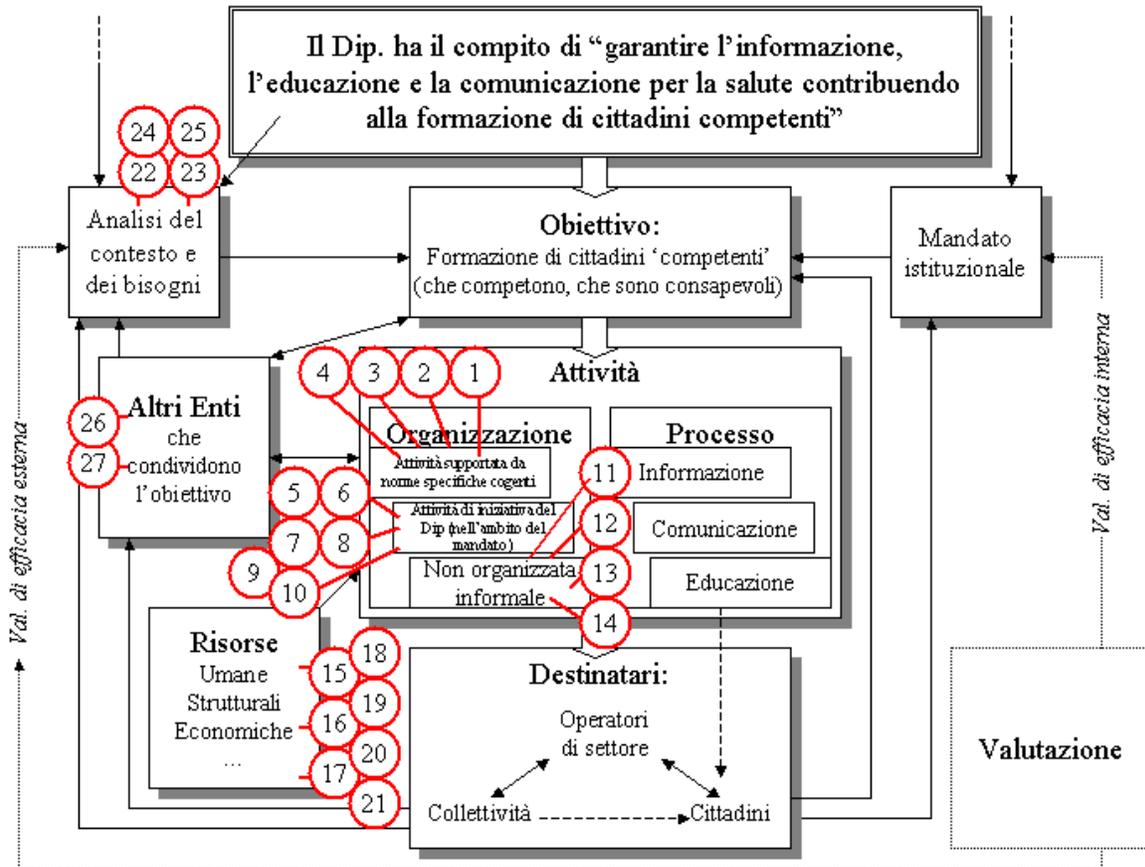
6 – Gli indicatori

Gli indicatori sono stati discussi e proposti a livello di singola mappa concettuale, una alla volta. Occorre segnalare che la riflessione sugli indicatori serviva al Dip. e ai suoi operatori per redigere i manuali di qualità (qualità che oltre che affermata deve provvedersi di indicatori in grado di stabilirne le soglie raggiunte), e serviva all’ECB come conclusione del processo di concettualizzazione; in realtà i due concetti sottesi di ‘indicatori’ sono leggermente diversi, lasciando al secondo un ruolo più problematizzante che si è ben accordato col lavoro e coi suoi obiettivi.

In questa sintesi evitiamo di illustrarli tutti e ci limitiamo ad alcuni esempi e osservazioni generali. Innanzitutto anche gli indicatori sono scaturiti dal gruppo e non dal valutatore. Quest’ultimo si è limitato a indirizzare il gruppo ponendo dei problemi (“Quali sono le dimensioni e i nodi critici rilevanti di questo pilastro/mappa concettuale?”; “Cosa significa?”; “Come possiamo rilevare informazioni pertinenti su di esso?”), ed eventualmente formulando dei dubbi (“In questo modo cosa misuriamo esattamente?”, “Questa procedura/questo indicatore può essere realmente utilizzato in questo contesto?”), inserendo di quando in quando alcuni elementi didattici idonei a orientare il gruppo.

Il lavoro finale si presentava, per ciascuna mappa, come esemplificato in fig. 5, che propone la sola mappa “Garantire l’informazione...” con i suoi indicatori.

FIG. 5 – INDICATORI INDIVIDUATI DELLA DIMENSIONE “GARANTIRE L’INFORMAZIONE”



Nel complesso sono stati immaginati circa 60 indicatori, di natura e formato molto diverso:

1. alcuni hanno il formato “n° di ...”; è l’indicatore più ‘classico’, è basato su una *numerazione*, ed è probabilmente quello che più può essere definito da qualcuno ‘oggettivo’¹³. Da notare che è quello che più assomiglia a una *misurazione*, visto che di ‘misurazione’ non è stato possibile parlare in alcun indicatore! (con una eccezione marginale);
2. alcuni sono somiglianti ai precedenti, e hanno il formato “n° di ... / n° di qualcosaltro” dove di solito al numeratore si pone un elemento specifico e al denominatore il totale della popolazione di riferimento; questi in realtà sono *indici*, perché frutto di operazioni fra più indicatori, ma poiché tutti gli indici funzionano come indicatori (non è vero il contrario) li possiamo considerare sostanzialmente dello stesso tipo dei precedenti, anche se con maggior contenuto informativo;
3. sempre abbastanza simili quelli con formato “% di ...” o “tasso di ...”; anche questi sono indici come i precedenti, ma la divisione fra un elemento specifico e il totale è stato moltiplicato per 100, per relativizzare (e leggere meglio) il risultato;
4. molto semplici anche gli indicatori di tipo “si/no”, che hanno il formato “Realizzazione di almeno una attività del tale tipo...”; questi indicatori si basano su una *classificazione dicotomica* (presenza/assenza) e sono in generale da considerare come quelli con minore contenuto informativo; con questi indicatori sappiamo solo se qualcosa (peraltro, nel nostro caso, di piuttosto complesso e potenzialmente variegato) c’è oppure no;

¹³ Il termine comunque è da evitare; sull’errato fondamento di un ipotetico giudizio di ‘oggettività’ c’è oggi larga condivisione nel mondo scientifico.

5. il quinto tipo di indicatori che abbiamo immaginato incomincia ad essere complesso; nel corso delle nostre riunioni li abbiamo chiamati “check list”. Questi in realtà *non* sono indicatori, ma strumenti basati su *insiemi di indicatori*. A volte si tratta di una batteria di indicatori del tipo precedente (Sì/No); a volte sono misti. *E’ errato chiamare ‘indicatori le check list*, mentre sono indicatori gli elementi che le compongono. Come utilizzare le check list? Il modo più semplice è dare un valore 0/1 a ciascun elemento della lista e contare quanti ‘1’ ci sono, con l’obiettivo massimo di avere tutti ‘1’. Laddove ci fosse anche un indicatore “%”, si può stabilire un ragionevole valore di soglia (p.es.: 70%) e dare “1” se si raggiunge o supera tale valore;
6. infine alcuni indicatori si basano su scale di atteggiamento; è errato ritenerli meno validi degli altri e paradossalmente sono i più prossimi a una misurazione; benché molto utili, e scientificamente assolutamente accettati, non possono costituire la base maggiore degli indicatori in contesti non sufficientemente sensibili a questi strumenti.

Tutti gli indicatori proposti rientrano in uno dei sei tipi sopra richiamati, anche se possono avere una definizione apparentemente più complessa.

Considerando le finalità eminentemente *pratiche* del nostro lavoro, possiamo fornire una brevissima linea-guida di questo genere:

- non ritenere che si debba necessariamente ‘misurare’ qualcosa, e non pensare che ‘misurare’ sia meglio di ‘contare’, e ‘contare’ meglio di una scala d’atteggiamento;
- considerare sempre che il miglior indicatore che ci viene in mente deve anche essere concretamente costruito e gestito; se è troppo complesso, e la sua realizzazione ci comporta spreco di tempo, finiremo con l’abbandonarlo, oppure lo realizzeremo con approssimazione;
- per le questioni almeno mediamente rilevanti, un solo indicatore non può essere ritenuto sufficiente; ogni indicatore infatti mostra alcuni parziali elementi del concetto che indica, e maggiore è la complessità del concetto in maggior numero dobbiamo proporre indicatori;
- non esagerare comunque con gli indicatori; produrre 100 indicatori per il Dip. crescerebbe solo la confusione interpretativa, perché alcuni risulterebbero positivi, altri negativi, altri dubbi... con la conseguenza di lasciare grandi quantità di informazione ambigua alla libera interpretazione dei destinatari.

7 – Considerazioni finali

Il lavoro è terminato con la riflessione sugli indicatori, la restituzione dell’intero lavoro e una discussione finale fra tutti; *non* è terminato con la redazione dei manuali, che resta un’attività interamente di responsabilità degli operatori del Dip. che – si spera – potranno comunque redigerli meglio e con maggiore consapevolezza. Ma come detto lo scopo di quest’attività non era neppure quella di aiutare a redigere tali manuali, bensì di lasciare degli elementi di competenza più generali a questi professionisti chiamati a esercitare ruoli di responsabilità, di gestione organizzativa e anche – naturalmente – di valutazione interna dell’efficacia in un contesto (le attività del Dipartimento di Prevenzione) dove notoriamente tale valutazione è più difficilmente argomentabile che in altri contesti sanitari.

Il nostro percorso ha toccato molti e fondamentali elementi, non tutti sufficientemente esplorati qui, per ovvie ragioni di spazio:

- il tema epistemologico generale del linguaggio e dei concetti, della necessità di evitare superficialità, *routine* e luoghi comuni e di considerare opportunamente ciò che si dichiara a fondamento delle proprie azioni organizzative;
- il tema metodologico della scomposizione dei concetti in dimensioni e indicatori, e la strategicità delle scelte operate in tale sede; le regole di tale scomposizione, la logica classificatoria, i nessi fra le diverse parti;

- l'esplorazione degli spazi semantici così prodotti, fino all'individuazione degli indicatori, e il vaglio sulla loro validità, opportunità, praticabilità.

Tutto quanto sopra è valutazione?

Sì e no. E' valutazione in quanto questi elementi sono principi fondamentali di un corretto processo valutativo, ma sono principi generali anche di una corretta organizzazione e progettazione, sono elementi di gestione in un contesto complesso, e in generali sono principi trasversali non esattamente limitabili alla valutazione. In questo comunque, in linea con i principi dell'ECB, vediamo un elemento aggiuntivo di forza: la valutazione è un elemento fra altri di miglioramento e apprendimento organizzativo, ed è contigua e a volte intrecciata con altre pratiche (programmazione, progettazione, analisi strategica...); nella versione ECB la valutazione non ha obiettivi di ricerca né di conseguente espressione di giudizi, ma semplicemente quello dell'apprendimento organizzativo, dello sviluppo di competenze certamente di livello trasversale e generale, competenze valutative, indubbiamente, spendibili però in contesto organizzativi più ampi.