



Cassano d'Adda,
Inzago, Liscate, Melzo,
Pozzuolo Martesana,
Settala, Truccazzano,
Vignate



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

FISPPA - DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA,
SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E PSICOLOGIA APPLICATA

Manuale operativo per operatori sociali: verso la costruzione di un Welfare Generativo

Turchi Gian Piero¹; Consonni Chiara²

¹ Docente di “Psicologia Clinica” e di “Psicologia delle differenze culturali e clinica della devianza” presso l'Università degli Studi di Padova, dipartimento FISPPA, email: gianpiero.turchi@unipd.it

² Psicologa, afferente al gruppo di ricerca del Dipartimento FISPPA, Università degli Studi di Padova, con Responsabile Scientifico Prof. G. P. Turchi; tutor del laboratorio Welfare Generativo (Melzo), email: chiara.consonni89@gmail.com

Prefazione di Lorena Trabattoni³

Il territorio del Distretto Sociale 5, ASST Melegnano e Martesana, 82.400 abitanti, 8 comuni Cassano d'Adda, Inzago, Liscate, Melzo, Pozzuolo Martesana, Settala, Truccazzano, Vignate, vive una fase particolarmente critica per la coesione e l'identità della comunità, in cambiamento su più versanti: quello urbanistico per le nuove tangenziali (bre-be-mi, TEM), l'alta velocità ferroviaria e infrastrutture connesse; quello politico per la costituenda Area Omogenea all'interno della città metropolitana e per il futuro assetto dei Piani di Zona che vedrà nel 2018 un unico ambito che accorperà il distretto 3 Pioltello, 4 Cernusco s/N, 5 Melzo e 8 Trezzo d'Adda; quello economico per la ricerca di una nuova "vocazione" di tutta l'area Martesana; quello sociale per la migrazione di nuovi residenti in particolare coppie giovani per i costi contenuti delle case e contemporaneamente un alto tasso di invecchiamento dei residenti "storici" (19,8% di ultra 65enni). Cronicità e fragilità sono, infatti, le due questioni da affrontare in forma prevalente, segnale della necessità di sviluppare il più alto livello di integrazione socio sanitaria che le proposte di ridimensionamento dei territori in sede di area metropolitana o nuova riforma sanitaria dovranno tenere conto.

Le singole amministrazioni comunali si trovano a dover far fronte a una domanda crescente di servizi, al costo in aumento per le spese di cura e di lungo assistenza e all'affacciarsi di forme individuali e private di risposta ai problemi (vedi ad es l'aumento di forme private per le assistenti familiari). I tagli ai servizi essenziali per le fasce deboli rischiano di creare un insanabile conflitto tra i cittadini e gli enti, sembrerebbero contribuire a questo anche le criticità di un sistema dell'offerta dei servizi che ha scarsa capacità di rinnovamento e reinvestimento progettuale.

In attesa di avere evidenza se il sistema di governance dell'area metropolitana e del sistema regionale tenga in considerazione la dimensione e le peculiarità territoriali, si ritiene che tutta la comunità possa essere un bacino su cui investire per lo sviluppo di un nuovo patrimonio sociale in grado di contrastare un destino di indifferenziata "periferia milanese" o soccombere al confronto con macro organizzazioni.

Pertanto, in riferimento alle linee d'indirizzo regionali che invitano a lavorare per un Welfare aperto alla partecipazione di tutti i soggetti della comunità, capace di ricomporre efficacemente interventi e risorse, l'obiettivo che l'Ambito Sociale 5 si è posto nella triennalità dell'attuale Piano di Zona è "Trasformare il territorio in un territorio collaborativo dove imprese, associazioni, istituzioni pubbliche, scuole e cittadini possono vivere, fare e crescere insieme. La sfida è mettere a frutto ricchezze e risorse dell'ambito distrettuale, creare connessioni e nuove opportunità, tutelando il cittadino fragile".

Nel documento PDZ 2014/2017 si esplicitano i seguenti obiettivi:

- 1) la valorizzazione/integrazione e messa a sistema delle esperienze sino ad ora attuate, nel senso di dare continuità alle forme di coinvolgimento e partecipazione di soggetti pubblici e privati nella governance del piano di zona, innovandole perché siano aderenti ed efficaci agli obiettivi dati oltre all'attivazione di sperimentazioni locali di prese in carico che attivino i cittadini;
- 2) la creazione di un sistema e di un modello territoriale condiviso di costruzione della collaborazione che passi anche dalla necessità di attivare un percorso di rivisitazione delle organizzazioni perché siano efficaci al cambiamento per la realizzazione di un welfare generativo;

³ Responsabile dell'Ufficio di Piano, Comune di Melzo.

- 3) la necessità di mantenere aggiornato il sistema attraverso una costante formazione intesa anche come collocazione competente dei ruoli e delle risorse impiegate;
- 4) la costante ricerca di risorse economiche aggiuntive vista la contrazione di quanto il sistema pubblico è in grado di garantire, e attrazione e coltivazione di risorse aggiuntive di cittadini che possono contribuire allo sviluppo del loro territorio (people raising) e possono quindi rappresentare un capitale umano di ricchezza.

In più occasioni si è affermato come un territorio può trasformarsi in senso generativo se anche le organizzazioni cambiano nelle modalità di risposta e si sperimentino in modo efficace ed efficiente. A fronte di un sistema integrato di Servizi e risorse molto complesso, l'obiettivo dichiarato dei servizi rivolti alla cittadinanza non si limita alla gestione di situazioni critiche, ma, in una prospettiva di responsabilità condivisa, promuove la gestione competente dei diversi soggetti presenti nel territorio delle criticità che si anticipa possano coinvolgere il cittadino e promuove l'esercizio del ruolo attivo della cittadinanza. Secondo questo presupposto e in riferimento al punto due, è stato inaugurato un percorso di formazione rivolto ai ruoli dei servizi sociali comunali, inteso come percorso laboratoriale di confronto e apprendimento avviato a giugno 2015 per un periodo che coincide con il Piano di Zona, tenuto dal Prof. Gian Piero Turchi docente dell'Università degli Studi di Padova (Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata – FISPPA), che collabora in co-progettazione con alcuni Servizi dei Comuni del Distretto e supporta il distretto in azioni di progettazione partecipata. Se ci definiamo "architetti" nel cantiere territoriale di coesione sociale, è necessario dotarsi di un riferimento metodologico affinché la costruzione regga nel tempo; quello che viene di seguito offerto è il prodotto dei primi due anni di lavoro, con l'intento di offrire un manuale che, in tal senso, si auspica consultato nella pratica quotidiana.

Introduzione

Il Manuale Operativo si presenta come l'esito, ripercorrendone il percorso conoscitivo, del laboratorio denominato *Welfare Generativo*, scaturito dalla domanda di formazione nella progettazione di azioni e di strumenti di gestione di una *governance* partecipativa per la strutturazione di Servizi innovativi entro l'ambito territoriale del Distretto 5 di Milano e, declinatosi, nella proposta laboratoriale rivolta a responsabili, assistenti sociali ed operatori/educatori dei comuni afferenti. Ne riassume pertanto gli sforzi intrapresi e i contributi costruiti dai ruoli che ne hanno preso parte e l'hanno scritto "a quattro mani".

Il Manuale, proprio come il percorso, parte dalla rilevazione degli aspetti critici che a più livelli si generano nel lavoro degli operatori sociali, nella gestione delle richieste di Servizio che scaturiscono sia entro una cornice istituzionale e politica, sia da parte della cittadinanza/utenza, quindi entro una dimensione comunitaria che tutte le sussume ma nella quale risultano evidenti, agli operatori stessi e alla rete dei Servizi, le frammentazioni. Obiettivo del testo è quello di offrire una strada percorribile, per operatori, amministratori e politici, che delinei un nuovo paradigma di gestione della Comunità*, così come la rete dei Servizi, per contemprarne le esigenze e, quindi, disporre di strumenti conoscitivi e di intervento, atti non solo a rispondere efficacemente all'emergente ma ad anticiparlo prima ancora che si verifichi. Paradigma e strumentazioni operative che siano quindi di ausilio per esercitare una competenza sia strategica che gestionale e che adotti una visione globale degli assetti di Comunità, anziché (soltanto) rispondere alle richieste e alle istanze (di Servizio) che di volta in volta emergono e che sempre più pressanti ed urgenti, caratterizzano l'interazione fra cittadini ed operatori sociali. Filo rosso in questo percorso è il ruolo dell'operatore sociale in riferimento alle sollecitazioni delle istituzioni e della cittadinanza, che si delinea in questa proposta paradigmatica, come promotore di interazioni, ovvero come snodo dialogico che, all'interno della Comunità, sappia, disponendo di un metodo, incrementare la massa delle stesse interazioni in direzione di un obiettivo di coesione sociale*. Risponde al medesimo obiettivo, la strategia individuata dall'Ufficio di Piano del Distretto 5 di offrire spazi di co-progettazione di bandi (nel caso del mandato del laboratorio) e di Servizi del territorio, in cui il percorso formativo si inserisce, aprendo nuove prospettive: nella co-progettazione risiede infatti l'occasione per gli snodi, formali ed informali del territorio, di utilizzare il contributo di ciascun cittadino in direzione di un obiettivo condiviso, che nella proposta sarà appunto quello di incrementare la coesione fra membri della Comunità. Il presente contributo, si rivolge pertanto agli amministratori di Comunità, agli operatori che si occupano di processi partecipativi e a tutti coloro che a vario titolo sono attenti e disponibili, ad approfondire un percorso scientifico e metodologico di gestione degli assetti interattivi della Comunità dei cittadini.

Cap 1 - Disporre di un metodo in ambito sociale

Cosa è possibile mutuare dalle esperienze territoriali finora realizzate? Come possiamo valutarne l'efficacia? Quali strumenti si hanno a disposizione nella progettazione? Quali ruoli sono chiamati ad intervenire e con quali competenze*, nonché quale contributo possono offrire? Facendo ricorso a quale metodo*?* Sono questi alcuni interrogativi che le Amministrazioni locali si pongono nel momento in cui sono chiamate a co-progettare interventi e Servizi rivolti alla Comunità per rispondere a domande di supporto rilevate rispetto a porzioni della popolazione e definite da riferimenti legislativi, quali gli interventi rivolti a minori, persone con disabilità, fasce “fragili” della cittadinanza.

Di seguito alcuni, tra gli altri ma sufficientemente esemplificativi, ambiti ed interrogativi raccolti nelle occasioni di lavoro con gli operatori sociali che ci consentono di rilevare alcuni aspetti critici, che ancor oggi permangono quando si fa riferimento ai cosiddetti interventi nel campo sociale:

- il ruolo dell'operatore fondato sull'esperienza che ha maturato nello specifico ambito di intervento e/o trasferita da altri sulla scorta di prassi* operative costruite;
- la personalizzazione delle progettualità che non risultano svincolate, bensì sono il prodotto di chi le ha costruite;
- la non trasferibilità dell'esperienza di alcuni Servizi, che non consente che operatività sviluppate, anche di grande impatto, in determinati territori, siano trasferibili ad altri Servizi, pur della stessa tipologia, in quanto non dispongono di un metodo condiviso e del rigore che può scaturire dalla misura dell'impatto prodotto. Quindi se il territorio è diverso e la conformazione geopolitica è diversa, allora anche la conformazione sociale è diversa. Ergo le esperienze anche eccellenti non possono essere trasferibili;
- l'intervento dell'operatore, orientato per vocazione alla risposta del bisogno, della richiesta assistenziale del cittadino/utente che individua un elemento mancante e necessario al proseguo del proprio percorso biografico (quale può essere un contributo economico, l'accesso ad un Servizio, la presenza di un ruolo di supporto, etc.), produce il mantenimento di una modalità di domanda-intervento che delega, in toto, al Sistema dei Servizi, la responsabilità di offrire una soluzione;
- l'assenza di strumenti di valutazione condivisi e comuni, che consentano di misurare l'efficacia degli interventi messi in atto. Così come, la disponibilità di un metodo, anche in Servizi fortemente strutturati, consenta la rilevazione e la misura dell'impatto sociale, le ricadute generate e prodotte all'interno della Comunità (che sia, quindi, un metodo sensibile ai diversi assetti di cui la Comunità stessa si compone). Questo fa sì, ad esempio, quando le diverse progettualità contemplano degli indicatori, che si utilizzi la dizione di “risultati attesi”, senza che ci sia il vincolo metodologico, sia dei primi che dei secondi, con l'obiettivo che ci si è posti (o, a volte, che l'obiettivo stesso, non sia precisamente definito); si faccia riferimento a degli esiti senza che questi abbiano un vincolo stringente e metodologicamente dato. Sempre gli esiti, laddove compaiano nella progettazione, si riferiscono ad un'unità di misura che consenta di rilevare come gli stessi possano e debbano avere peso diverso rispetto all'impatto sociale ottenuto; ancora, senza esplicitare il modo in cui da un certo obiettivo, si arrivi, appunto, agli esiti stessi.
- L'impossibilità della misura: con gli attuali riferimenti conoscitivi non esiste un protocollo riconosciuto che consenta di valutare l'efficacia degli interventi in ambito sociale, attribuendo un “peso sociale” ai risultati ottenuti (in ambito sanitario, per esempio, abbiamo a disposizione

quello che in gergo tecnico viene chiamato il “doppio cieco”, ossia il test clinico randomizzato in doppio cieco per cui si può valutare l'efficacia del principio attivo di un farmaco).

Sulla scorta di queste domande, possiamo asserire e definire quale è l'esigenza che il Sistema dei Servizi in ambito sociale esprima per conferire dignità e valore al proprio operato. Ossia, si tratta di fare ricorso a dei presupposti che siano svincolati dalla mera esperienza e, al contrario, fondati su presupposti scientifici e dunque, metodologicamente, validi.

In questa sede, si delinea una proposta che, oltre a superare tali aspetti critici, si pone a fondamento di una scelta che fonda la gestione di quanto si fa in campo sociale, non più all'esperienza degli operatori, ma a un apparato scientifico e, dunque, metodologico, che appartenga ad assunzioni paradigmatiche differenti da quelle che derivano dalle discipline che storicamente, si sono occupate di sociale, ma, al contempo, in grado di poterle accomunare tutte a fronte della condivisione di un medesimo oggetto di studio e intervento (anche al variare degli assetti politico-economici e interattivi che si generano nelle Comunità).

1.1. La Scienza Dialogica per la gestione dell'incertezza degli assetti interattivi nella Comunità

Prima di approdare alla proposta scientifica, si fa riferimento a due situazioni che gli operatori e le Amministrazioni (soprattutto locali, ma non solo), si trovano ad affrontare in questo momento storico: da un lato le nuove richieste che vengono fatte dalla cittadinanza al Sistema dei Servizi non si esauriscono in una risposta di tipo sanitario ma risultano inscrivibili entro un quadro, più generale, di salute*. Ovvero, le richieste che vengono avanzate dal cittadino/utente, non sempre (e non solo), possono e devono, trovare risposta su un piano sanitario connesso prettamente all'organismo, ma afferiscono ad un piano di salute, ossia connesso al piano della massa delle interazioni che si generano nella Comunità, configurazioni interattive che risultano incerte, altrimenti definibili come critiche, per la biografia del cittadino/utente stesso. Dall'altro la scarsità di risorse economiche, e di mezzi, che risultano drasticamente diminuiti rispetto al passato, riferibili ad un'impostazione di tipo assistenziale, nella contingenza storica attuale, ora impraticabile. Possiamo asserire che storicamente il modello assistenziale non è stato in grado di gestire gli assetti variabili che la Comunità degli interagenti, nelle sue mutazioni, assume, per cui oggi l'unico modo per continuare ad operare è quello di trovare delle modalità di offrire Servizi, che consentano una crescita di competenze di cittadinanza (ovvero trasversali agli ambiti di applicazione), volte ad incrementare la coesione della Comunità e di operare in anticipazione dell'assetto interattivo che decrementa la spinta verso la salute e la coesione sociale stessa. *Quindi lavorare su cosa?*

Per entrare nel merito della proposta, esplicitiamo quello che ne è il fondamento: tracciando un parallelismo con la fisica delle particelle quello che emerge è che al centro dell'attenzione (ossia come fondamento) si pone che la realtà si genera dalla e nell'interazione e non può (più) essere considerata come dato di fatto empirico a sé stante ed esterno a chi la osserva. Pertanto, facendo proprio il contributo della fisica quantistica, possiamo asserire che non abbiamo più dei dati di fatto ma che, al contrario, coloro (i cittadini, i membri della Comunità) che innescano le interazioni, sono anche coloro che partecipano alla configurazione che la Comunità assume, ossia sono i promotori ed offrono, costantemente, il loro contributo, in termini di interazione, agli assetti della Comunità. Quindi, interagendo fra di loro, generano la realtà stessa, generano la Comunità (in un'esemplificazione: gli elementi che generano la materia, per esempio l'idrogeno e l'ossigeno, non sono la causa dell'acqua bensì sono gli elementi generatori dell'acqua e, quest'ultima, non è una

realtà esterna agli elementi, è generata dagli elementi, vi appartiene). Fuor di metafora, in ambito sociale, possiamo asserire che gli assetti della Comunità, sono generati dalla e nell'interazione, e, dunque, le configurazioni interattive che la Comunità assume, non sono esterne ai modi in cui si interagisce; in questo modo possiamo abbandonare la nozione conoscitiva di causa, nella misura in cui gli elementi (i cittadini) che appartengono alla Comunità, partecipano alla generazione della stessa (proprio come, nel caso della fisica delle particelle, sono queste ultime che, interagendo, generano la materia). Si tratta, quindi, di abbandonare paradigmi di tipo meccanicistico (attualmente in vigore nel Sistema dei Servizi e alla base di un modello assistenziale che tenta un rapporto deterministico, ahinoi storicamente inefficace, fra richiesta/bisogno del cittadino come causa e risposta dei Servizi come effetto), per approdare in paradigmi interazionistici*, che assumono la realtà come configurazione che si genera a partire dall'interazione fra gli elementi (i cittadini). Pertanto, in termini di strategia, l'assolvimento dell'esigenza della Coesione sociale, passa per una conoscenza (scientifica) che porti al centro dell'operare e, dunque, del metodo in campo sociale, la gestione dell'interazione e la sua misura.

Nell'ambito delle interazioni fra i membri della nostra specie, possiamo avvalerci di un apparato conoscitivo che ci consenta di poter fare questo scarto di paradigma ed entrare nel merito dell'interazione come focus centrale, così come nel merito della misura. Il riferimento proposto è l'adozione della Scienza Dialogica (Turchi, 2009; 2014)*. Il termine 'dialogica' è costituita da *dià* (dal greco *διά, δια*) che è una preposizione di luogo che implica "per", "attraverso", "per mezzo di", da *logos* (dal greco *λόγος*) che implica "parola", "discorso", "dialogo" e dal suffisso -ica, (dal greco *ika* al neutro plurale *ikos*) specifico dell'aggettivo "che è in relazione a qualcosa", indicando l'appartenenza a una categoria. Letteralmente, il termine dia-log-ica vede la propria traduzione nella perifrasi "ciò che attiene allo stare in mezzo al discorso/alla parola/al dialogo" (per noi all'interazione). Inoltre, considerando l'espressione '*dià*' nella sua implicazione strumentale (per mezzo di), il termine 'dialogica' può essere anche tradotto nella perifrasi "ciò che è per mezzo del dialogo/delle parole" (per noi dell'interazione). In virtù dell'etimo, quindi, si può contemplare che tale apparato conoscitivo mette nella condizione di poter entrare nel merito di tutte quelle che sono le "ramificazioni" delle interazioni che i membri della nostra specie riescono a generare in una Comunità. Inoltre, nel momento in cui si considera il termine come apparato conoscitivo e, dunque scientifico, l'interazione considerata e dialogicamente intesa, assume un valore: le interazioni (dialogiche) che i membri della Comunità pongono in essere, hanno un valore (appunto dialogico); ossia, le interazioni non sono tutte uguali, pur avendo le stesse caratteristiche, non hanno lo stesso "peso" (dialogico), ma hanno valore e, dunque, "peso" dialogico, diverso fra loro. Questo passaggio teorico e metodologico, consente la possibilità di inserire la misura come aspetto fondante e caratterizzante la Scienza Dialogica.

Come riflesso di tutto ciò, si può portare l'incertezza (caratteristica intrinseca dell'interazione) al centro dello studio e del metodo, rendendola patrimonio operativo, anziché qualcosa da tenere "fuori dalla porta" e di cui avere timore. Questo consente di cambiare tutta l'impostazione nel e del Sistema dei Servizi; si passa, infatti, da una domanda: come posso annullare la causa (il bisogno) mettendo in campo un Servizio; a: *come possiamo gestire l'incertezza?* La Scienza Dialogica (al pari di quella quantistica) si occupa proprio di questo e non di definire qual è la realtà di fatto (la richiesta/ bisogno), piuttosto di entrare nel merito di come essa si genera nell'interazione.

Le possibilità per la gestione dell'incertezza dell'interazione sono soltanto due (come ci ha insegnato la fisica delle particelle): o attendiamo che la casualità faccia il suo corso e che, quindi, la materia si dia un proprio assetto, si generi una qualche realtà, oppure ci affidiamo alla gestione

dell'interazione, al rigore e alla misura in quanto criteri che contraddistinguono il procedere scientifico.

1.2. *Scienza Dialogica e Architettura dei Servizi*

Adottando dunque, come apparato conoscitivo, la Scienza Dialogica, siamo nella condizione non solo di poter osservare la distinzione tra sanità e salute ma anche quella di poter proporre una definizione di quest'ultima che possa essere condivisa dagli operatori e misurabile. Pertanto, la salute può essere definita come *“l'insieme delle modalità - discorsivamente intese - di configurazione della realtà che contemplan, in termini di anticipazione, l'insorgenza di patologie e/o la generazione di teorie sulla malattia”* (Turchi e Della Torre, 2007). Pertanto, il campo di applicazione diventa sia quello delle configurazioni discorsive che contemplan la generazione di 'teorie sulla malattia' (per cui non malattie secondo i presupposti scientifici del modello medico, bensì secondo il senso comune, ossia le richieste/bisogni del cittadino/utente), sia quello che contempla l'insorgenza di patologie (in questo caso si anticipa la possibilità di acquisizione di una malattia, definita tale all'interno del modello medico). Il rapporto che si viene così a delineare tra la salute (dimensione discorsiva) e la sanità (dimensione organica), è posto nei termini dell'anticipazione dei possibili 'scenari interattivi futuri' che una specifica modalità conoscitiva consente di descrivere. A partire dalla descrizione di un processo discorsivo – dunque, conoscitivo - diviene cioè possibile 'anticipare' cosa il medesimo processo consentirà di 'costruire' in termini di generazione della configurazione/realtà interattiva (ossia ciò che, nell'interazione, comporta contrarre, patologie organiche e/o teorie di senso comune sulla malattia); e ancora, tutto ciò va inteso non soltanto come insieme di produzioni discorsive relative ad una 'teoria sulla malattia', ma anche come aspetti pragmatici di quella specifica costruzione di realtà; aspetti pragmatici che possono includere l'insorgenza di patologie (Turchi e Della Torre, 2007).

Se la sanità risponde alla domanda “che cosa?”, la salute risponde alla domanda “come?”. La prima risponde alla causa (ad esempio il virus è una causa di un dato assetto sanitario dell'organismo); la seconda risponde all'interazione e quindi alla dialogicità per cui siamo nella condizione di interagire e di incrementarne la massa dialogica, ossia quelle interazioni che hanno un valore verso la salute e la coesione della Comunità (Turchi e Vendramini, 2016).

Storicamente, siccome è stato compiuto l'errore di confondere la salute con la sanità, anche l'architettura dei Servizi si è strutturata sulla sanità ed è accaduto che, finora, ha garantito la sopravvivenza della nostra specie in termini sanitari. Adesso, l'esigenza è quella di soddisfare anche la richiesta di salute. Questi sono i presupposti teorici, storici e filologici a partire dai quali la Scienza Dialogica si pone come presupposto su cui tracciare una nuova tipologia di architettura dei Servizi per avere il governo delle politiche pubbliche.

Sulla scorta della definizione del modello di salute e delle distinzioni con il modello medico-sanitario, diventa possibile la generazione di una serie di risvolti pragmatici tra cui: la possibilità di poter condividere un medesimo obiettivo (tra tutti gli operatori che si muovono per promuovere, incrementando la salute dell'intera Comunità) che consente la massimizzazione del raggiungimento di risultati che appartengono alla comunità nella sua interezza; l'innescò, da parte degli interventi, di un processo trasformativo che coinvolga l'intero contesto, con l'implicazione che l'episodio ricondotto dalla voce dell'esperto anziché come patologico (o “patologizzante”) è contemplato come possibile elemento costitutivo della propria biografia*; il fatto che gli operatori non possano prescindere dal coinvolgimento di tutte le voci di un territorio (leggi anche comunità) in quanto

l'operatore fa ricorso alle "voci" di tutti coloro (leggi interazioni dialogiche) che abitano un certo territorio, che ne sono costruttori e che possono dunque assumere un ruolo - in qualità di promotori della salute. Inoltre, con riferimento alla Carta di Ottawa, uno degli aspetti che risulta massimamente coerente con i passaggi precedenti e che offre delle indicazioni operative da considerare è che *"la promozione della salute è il processo che consente alla gente di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla. (...) La salute è dunque un concetto positivo che insiste sulle risorse sociali e personali oltre che sulle capacità fisiche. Di conseguenza, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma supera anche la mera proposta di modelli di vita più sani (...)".* La salute pertanto, in quanto generata da tutte le "voci" (leggi interazioni dialogiche) che stanno dentro alla Comunità e distinta dalla sanità, è il prodotto del tessuto narrativo che contempla tutte le voci che generano la Comunità. Di conseguenza, l'utente dei Servizi coincide con l'intero sistema-paese e non è più l'individuo singolo, così come anche il ruolo dell'operatore della salute viene ridefinito come promotore di cambiamento a livello di Sistema-Paese, laddove si costruisce la salute nel e con il territorio (Turchi e Della Torre, 2007).

Ora, in virtù di quanto esposto sopra, oltre che nei paragrafi precedenti, si hanno a disposizione tutti gli elementi per strutturare lo scheletro su cui il sistema dei Servizi (l'architettura dei Servizi) viene poi ad operare per l'assolvimento dell'esigenza che contraddistingue la Comunità in questo momento storico.

L'architettura dei Servizi può essere definita come la connessione, ovvero la rete, che si innesca fra operatori di un Servizio e utenti, così come fra Servizi, secondo precise linee strategiche nonché metodologiche che nascono e sono l'emanazione di un preciso modello operativo.

La proposta di un'architettura dei Servizi alternativa, emanazione della Scienza Dialogica, a quella attualmente disponibile non rimane a livello dell'organizzazione di un singolo servizio, ma si estende a tutta la matrice di connessioni che si innesca nel momento in cui opera un qualsiasi servizio in relazione ad un certo territorio, ed a un dato Sistema di Servizi. Le connessioni considerate sono di due tipi: nel primo caso i poli sono rappresentati dagli operatori di un servizio e dal rispettivo utente; nell'altro caso si ha invece la connessione dei Servizi tra loro. Il livello di analisi proposto non fa riferimento quindi solo all'intervento del servizio nei confronti di quello che è "tradizionalmente" inteso come utente, ma focalizza l'attenzione sulla interconnessione che si crea tra Servizi e utenti, e tra gli stessi Servizi: in altri termini, nella Comunità.

Nello specifico, l'architettura si articola secondo due livelli: l'uno considera la struttura della rete, ovvero la matrice di connessione e i punti di snodo tra i Servizi che compongono la rete; l'altro descrive l'organizzazione del servizio, come l'insieme di processi organizzativi posti in essere per trasformare l'obiettivo generale del servizio in risultato, secondo le linee strategiche e metodologiche prescritte dal modello operativo adottato.

Nell'ambito della salute, l'obiettivo generale di un'architettura dei Servizi, emanazione della Scienza Dialogica e fondato sul cambiamento, è quello di modificare, interferire con carriere biografiche* che vengono generate attorno ai nuclei discorsivi del "disagio", del "malessere", della "malattia", o con processi conoscitivi a partire dai quali sia anticipabile la possibilità dell'insorgenza di patologie organiche. Nello specifico, l'obiettivo si costituisce nella generazione e nel mantenimento di elementi generativi di configurazioni di realtà, che consentano di adottare differenti assetti interattivo-dialogici nella costruzione delle stesse (rottura della coerenza narrativa*), tanto a livello di 'come la persona si narra', tanto di 'come viene narrata' da terzi (sia 'esperti' che non).

Definito l'obiettivo generale di un'architettura dei Servizi(welfare) generativa di salute, si considerino ora, attraverso il confronto con l'architettura dei Servizi nomotetica (welfare assistenziale), quali sono le peculiarità che la contraddistinguono. Si vedrà come il welfare assistenziale è fondato sulla disponibilità di risorse con un'impostazione "causa/sintomo-cura", il welfare generativo si muove invece nella sollecitazione della Comunità (distinta dalla "societas" *). La Comunità, sempre presente, si attiva (non si cura), manifesta assetti interattivi (non sintomi) con certi valori dialogici e interagisce (non manifesta cause); nel welfare assistenziale la causa (condizione sanitaria) è valore assoluto, in un welfare generativo si considera la condizione sanitaria ma la differenza sta nel come la si usa (nell'interazione). L'architettura che si delinea rende quindi conto di come l'innesto di competenze nei confronti dei cittadini/utenti – verso un obiettivo di promozione della salute - sia sempre possibile, a partire dal livello (mai assenza o carenza delle stesse) che si rileva in un dato momento.

Definizione del focus dell'intervento

L'attuale architettura dei Servizi socio-sanitari (di stampo nomotetico), si occupa della salute individuando come focus dell'intervento l'utente, inteso come ente che mette in atto (o patisce) processi patologici o disfunzionali (es. di disagio, fragilità). L'alterazione del comportamento viene entificata, ovvero trattata alla stregua di un'alterazione dell'organismo, e assunta come causa su cui si intende intervenire. Il servizio, dunque, agisce sulla "salute" dell'utente utilizzando le categorie conoscitive del modello medico, "come se" fosse la "sanità".

In un'architettura dei Servizi emanazione della Scienza Dialogica, invece, l'utente (dichiarato) è solo una delle "voci" che concorrono a generare la "salute". Il focus dell'intervento è il Sistema-Paese, il piano interattivo-dialogico (caratterizzato da produzioni discorsive) che generano e mantengono la carriera biografica di "malato".

Modalità di intervento

Se l'assunto da cui si parte in un'architettura dei Servizi nomotetica è "il corpo", in quanto portatore di malattia, richiesta o bisogni, l'attenzione dell'intervento ex-ante si focalizzerà sull'eliminazione di quelle cause che determinano la malattia o il "disturbo" in quanto effetto. In base a ciò, se nell'intervento si lavora sull'eliminazione della *noxa* causale, a livello di prevenzione si interverrà sugli antecedenti causali, in modo da venire prima (pre-venire) dell'evento-malattia, evitandolo. Per fare questo è dunque necessario il controllo delle variabili legate in termini empirico-fattuali con la patologia.

In ambito sociale, data l'impossibilità di stabilire nessi empirico-fattuali tra la patologia ed i presunti fattori che quindi non possono assumere lo status di "predisponenti", tale modello risulta inadeguato rispetto al piano epistemologico dell'oggetto d'indagine e inefficace rispetto a quanto vorrebbe "prevenire". Pertanto, in un'architettura dei Servizi generativa emanazione del modello dialogico, si opera sulla base dell'anticipazione* anziché della prevenzione, ovvero si interviene rispetto alle produzioni discorsive in virtù delle quali, si possano anticipare carriere biografiche di "malato". Ciò implica anticipare la generazione di "teorie sulla malattia", per generare configurazioni di realtà di salute (ampliando le possibilità di interazione), quindi operare realizzando la promozione della salute attraverso due processi: l'anticipazione e la generazione di 'biografie', a partire da nuclei discorsivi differenti da quelli della 'malattia', del 'malessere', del 'disagio', etc.

Attivazione dell'intervento

L'intervento socio-sanitario, impostato secondo i presupposti di un piano sanitario, è subordinato alla volontarietà da parte del soggetto, cioè nella maggior parte dei casi è l'utente a rivolgersi ai Servizi, segnalando una "disfunzione/disagio". Ciò consente di attribuire l'inefficacia dell'intervento ad una eventuale "mancanza di motivazione" del soggetto (che non vi si rivolge o che non segue quanto prescritto), nonché di valutare l'attivazione dell'intervento a partire da una presupposta "misurabilità" della 'volontà' e della 'motivazione'. In tal modo si creano le condizioni per una sorta di 'deresponsabilizzazione' dell'operatore (così come del cittadino/utente), per cui, da un lato, può si può "giustificare" l'inefficacia dell'intervento, dall'altro "dettare le condizioni" per intervenire.

In un'architettura dei Servizi generativa di salute, per contro, l'intervento si attiva rispetto alle produzioni discorsive che configurano la realtà. Dal momento in cui si è chiamati ad intervenire rispetto alle produzioni discorsive, la questione della volontarietà/motivazione del soggetto scompare, lasciando spazio a una situazione di massima responsabilità dell'operatore (così come del cittadino/utente), in modo da costruire in itinere, durante cioè lo stesso operato, la legittimazione ad intervenire. L'efficacia dell'intervento è stabilita nella misura in cui l'operatore è in grado di interferire con la "carriera biografica" verso configurazioni di "percorso biografico" *.

Prerequisiti dell'intervento

L'intervento, in ambito sanitario, non può prescindere dal prerequisito per cui, poiché si interviene su enti, è possibile stabilire condizioni minime di igiene al fine di evitare rischi per l'organismo (quindi aspetti sanitari). Inoltre, rispetto alle diverse tipologie di patologia, essendo l'intervento fondato sulla conoscenza di meccanismi specifici (le cause) rispetto ad un dato organo, non può essere esteso al cuore, ad esempio, ciò che è tipico del polmone.

In ambito sociale, l'applicazione di un'architettura dei Servizi fondata su questi presupposti, ha generato convinzioni come la "necessità" di poter intervenire solo entro ambiti circoscritti e codificati (vedi il 'setting'), pur non essendoci alcun fondamento (non si interviene su enti, ma su processi di configurazione, ovvero sulle produzioni discorsive). Così come la decisione di intervenire solo rispetto a certe tipologie di utenti non trova fondamento, in quanto le produzioni discorsive, rappresentano il modo di costruire la realtà (di salute), dunque non possono essere "specifiche" rispetto a singoli contenuti o di pertinenza soltanto di alcuni.

Nel modello dialogico* l'intervento, che ha per oggetto le pratiche discorsive generatrici di configurazioni di realtà, ha luogo laddove queste si generano, nel momento in cui si generano: per cui l'intervento sarà tanto più efficace quanto più potrà articolarsi senza vincoli di orario, luogo e setting.

Definizione di esperto

All'interno dell'architettura dei Servizi nomotetica, essendo la realtà il 'risultato' di legami empirico-fattuali (meccanismi-cause), l'esperto è colui che conosce tali legami ed è in possesso di uno specifico sapere che gli consente di intervenire in un definito ambito della realtà stessa. In questo caso l'esperto che detiene un sapere si distingue dal "profano".

In ambito sociale, questo aspetto ha generato la sovrapposizione della salute con la sanità, e l'intervento diviene dunque una "questione professionale", ovvero di esclusiva competenza di chi detiene il sapere relativo ai presunti legami che causano il "malessere".

Con riferimento alla Scienza Dialogica, invece, non solo la salute è tenuta distinta dalla sanità ma, al contempo, risulta generata da tutte le “voci” (leggi interazioni discorsive), ossia da chiunque ‘abita’ il territorio (che genera la Comunità) e che può intervenire, modificando la coerenza narrativa delle teorie costruite sulla “malattia” e sul “malessere” o che implicano patologie organiche. In termini di intervento, dunque, qualsiasi “voce” può giocare un ruolo rispetto all’obiettivo dell’architettura dei Servizi generativa di salute, dal momento che si interviene in termini di salute piuttosto che di sanità. In base a ciò sarà possibile anche fare riferimento all’attivazione di tutti coloro (definiti snodi dialogici) che, in un certo ambito territoriale, generano la configurazione salute. Per cui sarà una precisa strategia dell’operatore del modello dialogico far ricorso a chi, pur non avendo un ruolo specifico in termini socio-sanitari, può comunque assumere un ruolo in termini di ‘salute’.

Documentazione dell’intervento

Con riferimento ad un’architettura dei Servizi nomotetica, l’etichetta nosografica descrive il “caso clinico” ed è inclusa nella cartella clinica, unitamente all’anamnesi. L’etichettamento diagnostico corrisponde in questo caso alla descrizione della realtà dell’utente, e come tale risulta usufruibile da differenti operatori.

Con riferimento ad un’architettura dei Servizi in ambito sociale, il processo di “diagnosi” dipende dalle mappe interpretative dell’operatore. Tale processo è definito di “sovrascrittura” rispetto al testo, ossia non si descrivono le produzioni discorsive, bensì si genera un altro testo assumendolo come realtà data. Vengono dunque reificate le stesse produzioni discorsive attribuendo al “caso clinico” ciò che invece è “il discorso – dell’operatore - sul caso clinico”. Ciò rende critico il passaggio di consegne da operatore ad operatore e il lavoro di equipe rispetto al percorso nei Servizi di un cittadino, dal momento in cui chi si inserisce nella gestione del processo non ha a disposizione il testo dell’utente/cittadino, bensì le retoriche prodotte dall’operatore (le sue teorie personali e spiegazioni) sul caso preso in carico. Affinché si possa intervenire rispetto alle produzioni discorsive prodotte dall’utente dei Servizi è necessario che esse siano descritte rispettando il criterio di “aderenza al testo”, ovvero si abbia a disposizione quanto prodotto dalla persona stessa in termini discorsivi (i contenuti impiegati e le modalità discorsive con cui li ha portati all’operatori – es. polemica verso i Servizi e quanto rendono disponibile, sancire l’impossibilità di cambiamento della situazione descritta Vs descrivere quanto sta accadendo e le ricadute che si rilevano, fare delle proposte di modifica, intravedere possibilità). Lo strumento utilizzato in un’architettura dei Servizi generativa, per mantenere l’aderenza al testo, è il resoconto, ovvero il testo di un’interazione che costituisce la base per illustrare ed attestare come si è operato e quello che si è ottenuto; in questo modo si illustra la realtà (di senso) che si è generata nell’interazione fra utente ed operatore del Servizio e anticipando possibili scenari futuri ed ulteriori obiettivi a partire da quello che il testo porta, si possono evidenziare i nuclei discorsivi come generativi (di cambiamento) della configurazione di realtà di senso (rispetto a quella portata in partenza dall’utente). Si pensi ad esempio al testo offerto dall’utente che si rivolge allo sportello del Servizio sociale: disporre del testo consente di avere visibile (per come costruita nel discorso) la richiesta del cittadino, nonché i passaggi discorsivi fra operatore dello sportello e cittadino: le domande poste a partire dal testo raccolto, all’avvio dell’interazione, e la realtà (altra da quella iniziale) che si è generata o le successive azioni condivise. Le ricadute dell’utilizzo di tale strumento sono che, da un lato, un operatore che non ha gestito personalmente l’intervento, può proseguire dal punto del processo interattivo in cui si è arrivati, in quanto coglie il processo discorsivo e non la mappa interpretativa

di un altro operatore; dall'altro, che una certa équipe di lavoro può avvalersi dei contributi di differenti operatori che lavorano su uno stesso progetto avendo la possibilità di partire da una piattaforma comune, ovvero i processi discorsivi di cui si ha resoconto.

Valutazione dell'efficacia

La valutazione dell'efficacia in ambito medico (sanità) si fonda rispetto all'estinzione dello stato patologico (rispetto ad obiettivi di guarigione). L'obiettivo dell'intervento è la cura dell'organismo, intesa come ristabilimento di una situazione di normalità inizialmente compromessa, per cui la valutazione è fatta focalizzandosi sull'individuo in quanto utente destinatario dell'intervento. In ambito socio-sanitario, in cui oggetto dell'intervento sono le carriere biografiche, non diviene possibile stabilire degli obiettivi 'misurabili' alla stregua dell'ambito medico.

Entro un'architettura dei Servizi generativa (saranno offerte esemplificazioni rispetto al ruolo dell'operatore sociale) l'obiettivo che si andrà a valutare è posto in termini di modificazione delle produzioni discorsive rispetto alle quali si anticipa l'insorgenza di patologie e la generazione della carriera biografica di "malato", "disagiato", "disabile". Essendo la configurazione di realtà generata da tutte le voci dell'intero sistema-paese, il focus dell'intervento non sarà l'individuo singolo ma comprenderà sia l'utente "dichiarato" che quello "finale". La valutazione dell'efficacia sarà effettuata, dunque, rispetto alla modificazione delle modalità di conoscenza di un certo contesto territoriale come del Sistema-Paese. Disporre del metodo, consente di disporre (della misura e) di strumenti di valutazione dell'efficacia, quindi di indicatori (di processo e di risultato*) e di indici: l'indicatore consente di valutare l'efficacia nel perseguimento dell'obiettivo del progetto/intervento; si può esprimere in un valore misurabile, ovvero attraverso un indice (es. numero, percentuale, frequenza, etc.)

Connessione fra Servizi

All'interno di un'architettura dei Servizi nomotetica la connessione fra Servizi si basa sull'individuazione di procedure che regolamentino i contatti. In ambito sanitario, infatti, intervenendo su enti, è possibile una connessione di questo tipo poiché ogni Servizio è specializzato rispetto alla tipologia di patologia.

Entro un'architettura dei Servizi generativa di salute, sulla base delle anticipazioni relative alla costruzione della 'carriera biografica', ogni operatore del Servizio attiva all'occorrenza un altro snodo della rete che può essere strategico rispetto all'obiettivo della architettura stessa. Si effettua così un lavoro di rete basato su un comune obiettivo ed attuato da tutti gli operatori di un Servizio in quanto strategia dello stesso obiettivo.

Il lavoro di rete, infatti, è una strategia per raggiungere l'obiettivo del cambiamento biografico. Si interviene sulla carriera biografica del 'malato/disabile' mettendo in rete tutti i Servizi che vengono considerati risorse per il cambiamento biografico stesso. Dunque, che si tratti di ospedali, consultori, Servizi sociali comunali, Servizi di salute mentale o enti accreditati che si occupano di progetti, allo stesso modo, tutti, possono costituire 'occasione' per perseguire l'obiettivo di cambiamento della carriera biografica. Analogamente le forze di presidio del territorio (polizia municipale, carabinieri, polizia, etc.) non sono solo deputate a presidiare appunto il territorio, ma sono anche deputati a promuovere la salute. Infatti, l'adozione del modello dialogico mette nelle condizioni di perseguire non soltanto l'obiettivo dell'integrazione tra Servizi diversi che operano in ambito socio-sanitario, ma anche il superamento del divario tra finalità "assistenziali" e di "controllo" nel territorio: dal momento che i ruoli deputati al "controllo" condividono obiettivi di

cambiamento biografico con i ruoli deputati ad occuparsi della “salute”, entrambi possono essere considerati snodi di una matrice che “promuove salute”. La generazione della promozione della salute, che è obiettivo generale “per tutti i ruoli istituzionali”, può essere posto in essere solo a partire dal contributo “di tutti” (ovvero del territorio). Inoltre, la raccolta delle modalità di configurazione della realtà “salute” degli afferenti ai Servizi, diviene criterio per la realizzazione del lavoro di rete, per individuare strategie comuni al fine di perseguire il medesimo obiettivo.

Struttura vs territorio

L’architettura dei Servizi nomotetica si fonda sul concetto di ‘struttura di riferimento’, data in termini logistici e organizzativi. Viene riservata la massima attenzione alla definizione delle condizioni e dei pre-requisiti del Servizio, che vanno dalla definizione di opzioni sull’utente, alle limitazioni riguardo gli orari, il luogo, le condizioni dell’intervento. Il fondamento di tale struttura logistica e organizzativa è dato dalla residenzialità, quindi dalla necessità di attendere l’utente sul luogo ove è situato il Servizio per poter intervenire. La struttura è massimamente autoreferenziale, non tiene conto delle modificazioni del territorio, pertanto quando quest’ultimo cambia la struttura rimane uguale a sé stessa.

Nell’architettura dei Servizi emanazione della Scienza Dialogica, invece, la struttura in termini logistico-organizzativi viene integrata all’interno dei Servizi già presenti sul territorio: il Servizio è diffuso nel territorio, isomorfo a questo, per cui si può dire che, di fatto, il Servizio “è” il ‘territorio’ (la Comunità). In questa prospettiva, quindi, la struttura del Servizio cambia: l’architettura è variabile e viene costruita nel qui e ora, il Servizio stesso innesca l’interazione con il cittadino-utente.

Incremento dell’efficacia

Nell’architettura dei Servizi nomotetica, all’interno della quale ci si muove sulla base del sapere specializzato, non è possibile adottare il lavoro di rete come strategia atta a perseguire gli obiettivi del sistema di Servizi. Questo in quanto i partecipanti alla rete, muovendosi sulla base della specializzazione del sapere, considerano l’utenza in maniera diversificata, e ciascuno persegue il proprio obiettivo anziché condividere un obiettivo terzo a tutti i Servizi. In tal senso l’architettura non è in grado di rappresentare un plusvalore rispetto all’intervento di un singolo Servizio, ossia l’efficacia del singolo Servizio non riesce ad essere incrementata dalla rete che si innesca tra tutti i Servizi. Ergo, non può costituire uno scheletro che comporti maggiore efficacia per il sistema di Servizi.

Nell’architettura dei Servizi generativa, la promozione della salute - laddove la salute non si riduce a sanità - diviene l’obiettivo generale a cui tutti i saperi e le discipline si riferiscono, e rappresenta dunque un obiettivo ‘terzo’, trasversale a tutti i Servizi e a tutte le “voci” del territorio (dai Servizi socio-sanitari alle forze di presidio del territorio, alle agenzie educative e formative e ai cittadini in generale). Ergo, si è in grado di puntare a prassi che si fondino sulla condivisione di modelli, quindi di far sì che siano in primis gli obiettivi, e non la specializzazione delle diverse discipline, a costituire i criteri guida del lavoro di rete. In questo modo si genera, come ricaduta pragmatica, un incremento dell’efficacia rispetto a quanto i Servizi individualmente riescano a perseguire (Turchi e Vendramini, 2016).

Contenimento delle spese

Nell'architettura dei Servizi nomotetica l'utente è "inerte" da un punto di vista economico, pertanto il Servizio che gli si offre rappresenta solo un costo. Tale architettura implica la messa in campo di risorse, comportando dunque costi aggiuntivi e sempre in crescita.

All'interno dell'architettura dei Servizi generativa l'operatore attiva risorse, ciò che in base ai presupposti di un'architettura dei Servizi nomotetica è "esclusivamente" utenza. Per cui si promuovono processi interattivo-dialogici a partire dal territorio, che hanno una ricaduta nella Comunità, producendo indirettamente una ricchezza che valorizza il patrimonio che la Comunità esprime (con incremento dei benefici). Basandosi su un fondamento di processo, non si ha un ente che deve essere sostituito al variare delle condizioni esterne, bensì l'intervento stesso, essendo espressione della Comunità, si modifica al variare di questo. Il contenimento delle spese si ha nel momento in cui l'obiettivo è quello di fare in modo che l'individuo non intraprenda percorsi di tipo istituzionale, ovvero che l'utente dei Servizi non sia più tale.

Considerando il Sistema di Servizi, come architettura che risponde alle esigenze di welfare che abbiamo definito 'generativo' della salute della Comunità che si generano negli assetti comunitari, vediamo ora nel merito del sistema di gestione di cui si possono dotare le amministrazioni (sia pubbliche che private) e nello specifico della definizione del ruolo di operatore sociale, nell'adozione del riferimento teorico-metodologico della Scienza Dialogica.

Cap. 2 - Modelli organizzativi e ruoli operativi nella promozione della Salute della cittadinanza

2.1. Una metodologia per le organizzazioni

Come premesso, partecipare alla costituzione di un'architettura dei Servizi implica partecipare ed interagire con l'intero Sistema Paese entro il quale è inserita. Pertanto, per poter offrire un proprio contributo che si caratterizzi per l'uso di modalità generative di salute, è utile tenere in considerazione che il Sistema Paese può essere rappresentato come l'interazione tra differenti elementi, quali:

- i riferimenti legislativi che in un dato momento storico sono resi disponibili;
- la cornice (assetto) politico-economica che definisce gli indirizzi alla quale un'organizzazione si può riferire, ma contemporaneamente rappresenta un'occasione di cambiamento dell'intero sistema, laddove si possono padroneggiare i processi con i quali questi stessi assetti politico-economici vengono generati;
- le modalità conoscitive del senso comune e del senso scientifico: il senso scientifico rappresenta una modalità di conoscere che offre riferimenti teorici, epistemologici e metodologici fondati e condivisibili; il senso comune rappresenta tutto ciò che ci accomuna come essere umani, in quanto prodotto delle produzioni discorsive che costantemente costruiamo, nelle interazioni all'interno della Comunità. È nelle produzioni discorsive che si generano "realtà" che gli interlocutori acquisiscono come "vere", senza metterle in discussione per quanto personali e prodotte dai parlanti; tali realtà discorsive generano poi delle ricadute in termini operativi (ovvero, ci muoviamo, operiamo delle scelte, in virtù di quanto costruito nell'interazione con gli altri).

Pertanto, per esercitare il proprio ruolo nel mantenimento o nel cambiamento del Sistema Paese in cui è inserita, un'organizzazione ha la necessità di dotarsi di una metodologia che le consenta di gestire tutti gli aspetti che costituiscono il Sistema Paese stesso e contemporaneamente gestire il perseguimento del proprio mandato istituzionale.

Un primo passo metodologico è quello di avviare una riflessione rispetto al modello organizzativo che si intende assumere, laddove un modello organizzativo dispone sia di una forma giuridica che di una forma organizzativa in senso stretto:

- la forma giuridica e i relativi riferimenti legislativi offrono e al contempo definiscono sia i requisiti, i vincoli, i "paletti" da rispettare sia le possibilità, le agevolazioni, le flessibilità che si hanno a disposizione. Quindi studiare in maniera precisa e dettagliata le forme giuridiche a disposizione in un dato momento storico e metterle in relazione con il mandato istituzionale che si intende perseguire, consente di anticipare quali sono gli aspetti critici e i punti di forza che ciascuna forma giuridica può andare a generare;
- lo studio della forma giuridica consente di fondare la scelta rispetto alla forma organizzativa maggiormente coerente ed utile da assumere. La forma organizzativa rappresenta l'insieme di obiettivi, di ruoli, di relazioni tra ruoli (quindi la matrice organizzativa), di prassi che un'organizzazione può mettere in campo per perseguire l'obiettivo che si è data o il mandato che ha ricevuto. Quindi, quanto più la forma organizzativa di cui ci si dota riesce ad anticipare la gestione degli aspetti critici e riesce a mantenere saldi i punti di forza che la forma giuridica mette a disposizione, quanto più il trait d'union tra l'aspetto legislativo e l'aspetto gestionale, consentirà di perseguire l'obiettivo in modo coerente, efficace ed efficiente gestionalmente.

Innanzitutto, un sistema di gestione consente di distinguere in maniera molto precisa due livelli che nel senso comune, e dunque nell'esperienza e nella pratica comune delle organizzazioni, vengono

confuse: il livello gestionale, che si occupa dell'organizzazione, e il livello operativo, che si occupa dell'erogazione del proprio Servizio/prodotto, il quale si rivolge prevalentemente all'utenza.

Una matrice gestionale contempla questo tipo di caratteristiche:

a) è costituita da ruoli che hanno un mandato legato all'esigenza dell'organizzazione, quindi snodi organizzativi finalizzati alla “tutela” dell'organizzazione, che rivolgono l'attenzione su aspetti “interni” all'organizzazione.

b) i processi organizzativi che caratterizzano la matrice gestionale sono quelli della valutazione e quelli del monitoraggio, cioè i processi che mettono nella condizione di fotografare in ogni momento l'andamento dell'organizzazione rispetto ai propri processi e di valutarlo rispetto agli obiettivi che si è posta;

c) il riferimento dei ruoli e della relazione tra gli stessi, è il parametro dell'efficienza dell'organizzazione, cioè “come le cose accadono” più che il “che cosa accade”.

Il “che cosa accade” invece viene attribuito alla matrice operativa, che si caratterizza anch'essa di ruoli e di relazioni tra gli stessi, ma hanno un obiettivo/mandato che è strettamente legato all'esigenza dell'utente / cittadino. Quindi i ruoli della matrice operativa si occupano di offrire, attraverso i propri Servizi, le risposte ai bisogni e alle esigenze del proprio riferimento ultimo, ossia l'utente. Pertanto, il processo caratteristico è proprio quello dell'erogazione del prodotto/Servizio e il parametro di riferimento è l'efficacia di quanto viene messo in campo verso l'utente.

Queste due matrici comunque ricadono sotto un unico cappello, ossia rispondono ad un parametro che ora possiamo definire “efficienza gestionale”, che possiamo definire come la congruenza tra la matrice gestionale e la matrice operativa.

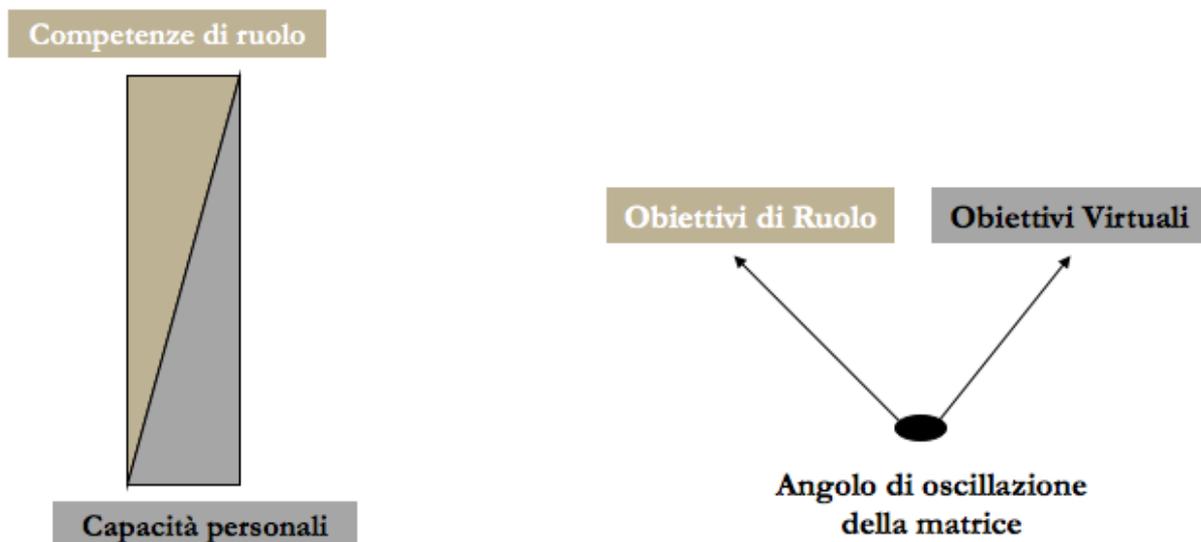
Definire i ruoli e le matrici su carta, tuttavia, non è sufficiente perché l'intera organizzazione si muova secondo i presupposti delineati: il rigore metodologico chiede appunto di operare in anticipazione rispetto agli aspetti critici che per definizione è possibile trovarsi ad affrontare nell'attuazione di quanto fino ad ora delineato e quindi elaborare le modalità per gestirli, a partire dalla costruzione di occasioni di condivisibilità.

Tra quelli che si possono presentare, un primo aspetto critico riguarda infatti la condivisione di obiettivi e di modalità di lavoro: ossia, in una struttura organizzativa come quella definita, si ha la necessità che tutti i ruoli, sia della matrice gestionale che della matrice operativa, condividano l'obiettivo generale dell'organizzazione e conoscano precisamente l'obiettivo che a ciascuno di loro viene delegato e condividano altresì le modalità (le strategie) che l'organizzazione ha definito per il perseguimento dell'obiettivo sia generale che di ruolo. Abbiamo una struttura organizzativa quando vengono delegati degli obiettivi da un terzo; si definisce matrice organizzativa la massa di interazioni fra i ruoli della matrice stessa, rispetto agli obiettivi che si è data (declinati dagli obiettivi delegati) e dalle strategie che la matrice elabora.

Un altro aspetto critico è rappresentato dalla distinzione fra prassi di gestione e procedure standardizzate o burocratiche: la prima riguarda la necessità di dotarsi di modalità gestionali (anche formalizzate) la cui adesione rimane coerente ai presupposti dell'organizzazione e possono mutare per gestire efficacemente i diversi processi; la seconda si riferisce alla richiesta dei ruoli di sapere precisamente che cosa fare e in quale sequenza, e configura pratiche procedurali non modificabili. La gestione di questa permanente oscillazione consente alle organizzazioni di soddisfare non solo un parametro di efficacia ma anche di efficienza. Nel caso dell'efficienza non si esprime mai in valore assoluto – in questo caso, infatti, si parlerà di efficienza gestionale, in riferimento alle strategie che si stanno usando; l'efficacia invece è legata al perseguimento dell'obiettivo e si può esprimere in valore assoluto.

Un altro aspetto critico, strettamente connesso al precedente, è la distinzione tra “gestire un processo” del ruolo ed “eseguire” le azioni o le mansioni attribuite al ruolo. Questo aspetto costituisce, forse, un primo ostacolo per i ruoli che appartengono ad una matrice gestionale, infatti rappresenta uno spartiacque tra un modo di procedere con criteri condivisibili ed uno burocratico. La matrice gestionale non coincide con l’organigramma, che può utilizzare per creare la matrice – ad esempio l’amministrazione comunale mette a disposizione l’organigramma (la macchina comunale), entro cui si può costruire la matrice - quando c’è coincidenza siamo in un assetto burocratico.

Ciò è dato anche dal presupposto teorico della Scienza Dialogica applicata alle organizzazioni per cui le cosiddette “risorse umane”, non sono risorse da utilizzare, bensì ruoli che gestiscono e che innescano interazioni con altri ruoli. Ovvero rappresentano un assemblaggio di competenze, di esperienze, di capacità, di potenzialità che ha necessità di essere costantemente monitorato, permanentemente sollecitato e stimolato nella direzione degli obiettivi. In altri termini, i ruoli non possono essere collocati nella matrice organizzativa e pensare che poi vadano avanti per conto proprio: hanno costantemente la necessità di essere alimentati a perseguire l’obiettivo, di fare lo sforzo che la propria esperienza personale diventi un patrimonio trasmissibile e condivisibile all’interno della squadra dei ruoli dell’organizzazione. Solo se ci si muove in un’ottica di ruolo si riesce a valorizzare anche il patrimonio di esperienze delle persone, viceversa se consideriamo le risorse umane “persone”, nella cosiddetta retorica dell’unicità, ciò non porta alla condivisione e alla dimensione di squadra. Inoltre, si ha la necessità di rimanere legati alla dimensione del ruolo anche per continuare a gestire un altro aspetto critico, ossia l’assunzione di responsabilità rispetto all’obiettivo che viene delegato. Fisiologica è infatti anche l’oscillazione del ruolo fra obiettivi delegati (di ruolo appunto) e obiettivi definiti secondo criteri personali. Le due immagini che seguono mostrano graficamente i due parametri su cui si mostrano le oscillazioni dei ruoli della matrice (angolo di oscillazione e banda di oscillazione), con la ricaduta di generare variazioni nell’assetto della Comunità.



Si aggiunge a ciò che il riferimento dell’efficienza gestionale, è misurabile attraverso un rapporto tra i risultati che si ottengono (gli elementi che si compongono per ottenere questi risultati) e le

risorse umane (i ruoli), le risorse economiche e il tempo impiegato per ottenere i risultati; il tutto parametrato costantemente rispetto all'obiettivo che ci si pone.

Se non fosse presente l'obiettivo si tratterebbe, ancora una volta, di calcolare l'ottimizzare le risorse: ossia, il risultato nel più breve tempo possibile, con le minori risorse umane ed economiche spendibili. La parte a denominatore della formula, cioè il rapporto tra le risorse umane, le risorse economiche e il tempo che viene impiegato, viene denominato "assetto organizzativo", il quale rappresenta di fatto le scelte che un'organizzazione fa per trasformare gli obiettivi, che si è posta o che ha ricevuto in delega, in risultati concreti. Nell'ambito delle organizzazioni (qui pubbliche), l'assetto organizzativo assume una configurazione dinamica e processuale, essendo il prodotto delle competenze usate dai ruoli; si possono pertanto generare continuamente aspetti diacronici, che non era stati anticipati e che (nella presente proposta metodologica) possono essere gestiti (e non lasciati al caso).

Riprendiamo dunque l'esigenza delineata per le organizzazioni di trovare un rigore, una misura e appunto un sistema di gestione: ecco che la proposta di misurare e di arrivare a misurare l'efficienza gestionale è l'aspetto di ordine metodologico che consente all'organizzazione, a seconda della fotografia che fa della propria efficienza gestionale in un dato momento, di operare le scelte per gestire l'incertezza delle interazioni fra ruoli, che si manifesta negli assetti interattivi. E in particolar modo per gestire il processo che comunque si è innescato sia al proprio interno che rispetto alle scelte che è chiamata a fare in risposta ai movimenti attuati nel contesto nella quale agisce. Quindi riuscire a dotarsi di una modalità di lavoro che contempra come elemento metodologico il fatto di misurare periodicamente la propria efficienza gestionale, consente di dare fondamento alle scelte organizzative che per sviluppo o per protocollo si è chiamati ad operare.

2.2. L'operatore sociale come operatore dialogico

Tenendo fermo quanto finora offerto, si entra ora nella definizione del ruolo di "operatore sociale" che si muove nella gestione delle esigenze della cittadinanza (per come definite, distinguendole dai bisogni) all'interno della matrice operativa degli specifici snodi (Servizi, enti, associazioni) dell'architettura dei Servizi.

L'operatore in ambito sociale è chiamato ad essere esperto del logos, ovvero delle modalità discorsive che si generano nell'interazione quindi (gestendole) delle configurazioni discorsive. Come operatore dialogico, il contributo che può apportare, sarà quello di gestire le configurazioni discorsive intercettate all'interno dei Servizi, che ruotano attorno ai nuclei discorsivi di "problema", "disagio", "disabilità". La tendenza che si può osservare rispetto ai percorsi biografici dei cittadini utenti dei Servizi è infatti quella di una coincidenza delle narrazioni attorno a questi nuclei problematici, sia per come il soggetto stesso si descrive sia per come è descritto dagli altri (ruoli e snodi del territorio), quindi di uno sviluppo dei loro percorsi in termini di "carriere biografiche" – di disagioato, tossicodipendente, disabile, delinquente, bullo, etc. Ne segue, in termini operativi, una gestione assistenzialistica ai bisogni, di volta in volta mutevoli e crescenti, che i cittadini pongono agli operatori (educatori, assistenti sociali) per disporre di soluzioni. All'interno di un welfare generativo, l'operatore dialogico è chiamato a gestire le richieste dei cittadini, anche utilizzandole come occasione di aggancio e di ingaggio degli stessi, nella promozione di un percorso differente, che procede nel rilevare e descrivere le esigenze che sottendono e generano le richieste, quindi nell'introdurre degli elementi di cambiamento, di deviazione dalla carriera biografica consolidata.

Di quali strumenti dispone per governare l'incertezza e quali possono essere i passaggi metodologici?

Entriamo nel merito dei primi, avvalendoci delle regole definite con gli operatori partecipanti al percorso laboratoriale Welfare Generativo, individuate nell'analisi delle esigenze della Comunità e nella costruzione di possibile gestione di utenti / richieste ai Servizi in ottica di co-progettazione. Si è già visto come l'interazione fra membri della specie si caratterizzi per essere diacronica e per rispondere all'incertezza (a differenza del meccanismo*), ovvero se non viene governata si regola da sé, nella sua incertezza comunque trova un assetto temporaneamente stabile, generando delle regole nella casualità. Quando utilizziamo il termine regola facciamo riferimento alla caratteristica intrinseca dell'incertezza che nel suo manifestarsi trova un proprio assetto, che tende a stabilizzarsi e divenire distinguibile e denominabile in un linguaggio (salvo poi interagire di nuovo con il tutto e divenire ulteriore elemento che genera incertezza). La distinzione si definisce dunque fra operare, che implica inserire nella massa di interazioni delle regole di cui abbiamo il governo (quindi impiegare un metodo), e lasciare che la casualità manifesti delle regole (casuali).

▪ *Descrizione della configurazione discorsiva*

Nel procedere alla rilevazione di quali aspetti critici si possono generare nell'erogazione di un Servizio e nel lavoro all'interno del Servizio stesso, si è rilevata la criticità – più che dei contenuti stessi che venivano portati – delle modalità impiegate dai partecipanti. Ovvero, ognuno dei presenti procedeva rintracciando le possibili cause che determinano gli aspetti critici, esplicitando le proprie teorie personali su “come si dovrebbe lavorare” e “quale risposta si dovrebbe offrire all'utente”, ancora rintracciando delle cause ai comportamenti degli utenti, patologizzandoli – per cui, in un circolo vizioso, “fa così perché è disagio, è disagio perché si comporta in quel modo”. Ovvero, si procedeva rintracciando negli assetti interattivi che mostrano un'apparente stabilità, delle regole dell'agire e delle cause agli assetti interattivi intercettati (in un esempio un minore segnalato ai Servizi per il suo comportamento da “bullo” in ambito scolastico, causato probabilmente dalla gestione familiare del ragazzo). Contributo dell'operatore è, come anticipato in precedenza, quello di descrivere la configurazione discorsiva in cui ci si sta inserendo, disponendo del testo (della narrazione) che gli interlocutori – intesi qui sia come utenti di un Servizio, cittadini, colleghi rispetto ai quali si ha un obiettivo nell'interlocuzione – offrono, al fine di rintracciare quali elementi (porzioni) discorsivi si allontanano dall'obiettivo costruito per l'intervento/interlocuzione e quali “fessure” si possono rintracciare per introdurre elementi discrasici a quanto l'interlocutore sta portando per fargli “generare altre possibilità”, ovvero generare la possibilità di andare in un'altra direzione. È necessario dunque disporre di descrizioni / resoconti nonché focalizzarsi, nella gestione dell'interazione, sul testo che l'interlocutore offre: innanzitutto per gestire il rischio di sovrascrivere quel testo con spiegazioni e teorie personali che non sono esplicitate e condivise fra parlanti e non hanno riferimenti (es. normativi o scientifici, terzi) poi per utilizzare il testo stesso (ed entrarvi nel merito) al fine di introdurre delle modifiche. Saper offrire una descrizione della configurazione discorsiva implica allora, per l'operatore dialogico, saper descrivere i ruoli che la generano – ad esempio nel caso del minore segnalato ai Servizi, per il quale si richiede un intervento: i ruoli familiari, scolastici, quelli dei Servizi coinvolti nella gestione del suo percorso biografico, nonché degli snodi (formali ed informali) del territorio; ricaduta ne è l'individuazione delle risorse, dei punti di forza, rispetto alla gestione del suo percorso scolastico e di crescita in generale, così come degli aspetti critici che si stanno configurando in quel momento come “ostacolo” al proseguimento, nel mantenimento di una carriera biografica di “bullo”, e in previsione futuro “deviante”.

- *Uso della domanda*

Strettamente connesso al precedente, è la strategia che consente di ampliare il testo che si sta raccogliendo dal rispondente e di entrare nel merito di elementi che sta portando facendo esplicitare ulteriormente “cosa intende con ciò che sta dicendo”. La domanda è usata dall’operatore per disporre in maniera esaustiva della configurazione che gli interlocutori offrono, più che per procedere indagando e rintracciando possibili cause.

L’uso della domanda, consente rispetto alla descrizione della configurazione discorsiva, di avvicinarsi all’individuazione e descrizione dell’esigenza che genera la richiesta, la necessità di intervento, portata all’operatore del Servizio. Nell’esempio sopraccitato, la richiesta di intervento da parte del dirigente scolastico rispetto al minore “bullo” – che intercetta come bisogno quello di eliminare, ad esempio in forme di allontanamento, la causa del comportamento: il ragazzo e ciò che determina le sue tendenze aggressivo-provocatorie – consente di porsi la domanda “*come il ragazzo è messo nelle condizioni di gestire le attuali (e future) interazioni conflittuali? Quali occasioni sono offerte ai compagni di classe e agli insegnanti, per gestire le situazioni conflittuali che potranno manifestarsi in ambito scolastico, anche in assenza di quel minore?*” Ovvero si delinea per i ruoli coinvolti, l’esigenza di disporre di occasioni in grado di promuovere competenze di gestione delle interazioni conflittuali in ambito scolastico; occasioni che (a questo punto) l’operatore del Servizio potrà andare a progettare. Si aggiunga che, disponendo delle configurazioni discorsive finora generate nella Comunità attorno a quel minore, l’operatore potrà procedere “in rete” utilizzando modalità di lavoro di squadra con gli snodi territoriali che già si occupano o possono essere attivati nel percorso di crescita del minore, in modo da poter offrire un intervento che consideri tutti i livelli e le stratificazioni su cui l’aspetto critico può essere gestito.

- *Operazionalizzazione dei termini*

Se ne definisce la strategicità nella gestione dell’interazione, con particolare riferimento alla costruzione di un progetto / intervento e alla sua condivisione*, che può essere con rappresentanti della matrice istituzionale in riferimento ad un Servizio, con operatori rispetto alla costruzione di un intervento, con un cittadino nella condivisione di un obiettivo e di linee strategiche dell’intervento. Si tratta di offrire una definizione dei termini che si stanno utilizzando, anticipando che ogni interlocutore potrebbe offrirne una (altrettanto valida in quanto fondata sul senso comune). Disporre di un metodo, consente quindi di definire in riferimento alla cornice teorica, i termini che si impiegano andando ad esplicitare che è la definizione su cui ci si fonda. Operazionalizzare implica dare valore operativo ai termini che si usano, in riferimento all’obiettivo definito affinché rispetto ai termini impiegati (es. “salute”, “coesione sociale”) si possa costantemente valutare cioè verificare il valore dato.

- *Definire un obiettivo*

Disporre di un obiettivo, come già visto nei punti precedenti, è ciò che ci consente di mantenere una direzione nell’interazione, cercando costantemente di avvicinarci alla meta. È a fronte dell’obiettivo costruito (per un progetto, un incontro, una telefonata) che l’operatore può definire tutto ciò che impiega nell’interazione: le strategie, gli stratagemmi, ovvero gli artifici retorici, le azioni, che dovranno essere tanto più precisi quanto efficaci al perseguimento dell’obiettivo stesso. È dunque – come si vedrà nel capitolo successivo – primo passaggio metodologico per operare.

Per l'operatore sociale darsi un obiettivo è già governare l'incertezza; operare implica quindi inserire degli obiettivi che, in un'architettura dei Servizi generativa di salute, sono quelli di *incrementare la massa delle interazioni* affinché la Comunità mantenga obiettivi comuni. Viceversa si corre il rischio di generare esclusi in riferimento ad obiettivi che riguardano pochi, con la ricaduta di una diminuzione della coesione sociale*, ripercorrendo la metafora della materia (offerta in apertura) diminuisce il legame di interazione fra particelle che mantengono la materia, quindi fra membri della specie che generano e mantengono la Comunità. Come asserito, l'interazione è ciò che caratterizza la specie umana (accanto alla stazione eretta e al pollice opponibile) generando coesione fra i membri della specie, pertanto le regole nella Comunità (non della società) sono sinergiche al raggiungimento dell'obiettivo di coesione sociale; l'operatore sociale si pone il medesimo obiettivo, governando le interazioni nella direzione di massimizzarle. L'aumento di coesione sociale è strettamente connesso al grado di responsabilità condivisa* che la Comunità esprime: tutto ciò che si genera nella comunità viene considerato un contributo in direzione della coesione sociale della stessa, viceversa la responsabilità si abbassa; quando la responsabilità è condivisa tutti sono considerati contributori della comunità stessa.

Declinato all'interno del livello amministrativo e operativo della stessa organizzazione: al ruolo – e scelte - dell'operatore (sociale), a sua volta governato da direttive (politiche) che non necessariamente si pongono un obiettivo di coesione sociale, spetta di generare “dal basso”, nell'erogazione dei Servizi, la coesione sociale, incrementando l'interazione.

▪ *L'anticipazione*

Fin qui citata, si definisce come quella prassi che consente all'operatore dialogico, di prospettare scenari interattivo-dialogici altri da quello di “utente disabile/problematico” che si rivolge al Servizio e quindi di disporre “prima”, a fronte dello scenario che si vuole generare, del percorso da intraprendere. Ovvero, disporre delle modalità interattive e della traiettoria delle stesse che consentono di perseguire l'intento. Infatti, padroneggiare il processo discorsivo e disporre delle prassi proposte dal modello operativo a cui si fa riferimento in questa sede, consente di inserirsi nell'interazione stessa, ponendo elementi discrasici per rompere tale modo di raccontarsi e raccontare, dunque promuovere la biografia del cittadino, anticipando dunque l'insorgenza della carriera biografica. Questo, partendo dal presupposto che se cambia il modo di interagire (nell'impiego delle regole di gestione dell'incertezza fin qui descritte) possono cambiare gli assetti della configurazione interattiva e quindi della realtà, nella misura in cui si offrono possibilità “altre” di interagire. Anticipare mette l'operatore nelle condizioni di monitorare gli assetti delle configurazioni discorsive (i diversi scenari possibili) che possono generarsi a partire da quanto l'interlocutore sta configurando. Dunque, configurare ciò che accade (anche in modo casuale) come occasione per promuovere l'uso da parte del cittadino, di modalità dialogico - interattive “altre” (ossia quelle che l'incertezza offre) da quelle che hanno come precipitato, ad esempio, l'“avere bisogno di aiuto economico per proseguire”, “non sapere gestire la situazione”, “essere arrivato al capolinea”. Ancora, questa prassi, consente all'operatore dialogico, in qualità di esperto di produzioni discorsive e della configurazione in cui si sta inserendo, di anticipare quali siano i possibili aspetti critici, in quanto allontanano dall'obiettivo, in direzione ad esempio del perseguimento di un intento comune, dunque di individuare modalità di gestione degli stessi aspetti problematici con opportune strategie.

Si è visto come l'operatore dialogico, come esperto del logos, nel riflettere su come si è generata la configurazione in oggetto e data la non efficacia (oltre che l'infondatezza epistemologica), di stabilire nessi di causa – effetto tra quanto definito come “deviante/patologico” e i presunti fattori predisponenti, è nelle condizioni di porre e promuovere uno scarto rispetto ad un modo di conoscere ed operare che non si fondi su paradigmi meccanicistici (come accade per il modello operativo medico) ma paradigmi interazionistici (Turchi, 2009). Si ricorda che questi ultimi, nell'assumere l'interazione come nozione conoscitiva, considerano l'incertezza in quanto patrimonio che può e deve essere utilizzato nella gestione degli interventi dunque non lasciata al “caso” ma governata nell'impiego di regole. In proposito, prendere in considerazione il processo dialogico implica assumere l'incertezza come principio e quindi fare in modo che il modello operativo che si utilizza per la gestione degli interventi, non si concentri sulla previsione di ciò che accadrà ma su cosa, nell'impiego del processo, si può generare e costruire (Turchi & Perno, 2004).

Se ci si sta chiedendo quale sia il nesso fra Architettura dei Servizi Generativa e ruolo dell'operatore (dialogico) nei termini in cui la presenza della prima sia condizione necessaria all'agire del secondo, si consideri che il ruolo dell'operatore dialogico si inserisce nella rete dei Servizi che per quanto nomotetica, può assumere al suo interno elementi di generatività, che afferiscono non più solo e soltanto a modalità operative proprie del modello medico, e lavora per incrementare l'efficienza della gestione degli interventi che il Servizio, e i vari snodi della rete, già erogano. Ovvero, nello scenario che si sta delineando, le competenze dell'operatore si esplicano attraverso attività per cui – come primo passo – l'amministrazione pubblica, cornice istituzionale, promuove un obiettivo comune a tutti gli snodi dialogici: la questione non si gioca nella mera convocazione di tavoli di lavoro, bensì in un allineamento dei distinti contributi rispetto all'obiettivo. Da qui, si va a definire una prassi operativa che si occupi dell'assetto interattivo in cui è nata la richiesta, che considera anche le reti informali in quanto snodi dialogici della rete e interloquisce con l'utente in quanto parte attiva sia per la definizione, sia per l'applicazione del piano di intervento. Questo, per consentire all'erogazione del Servizio di risultare generativa di competenze di uso della rete dei Servizi territoriali da parte dell'utente. In altre parole, e questo è lo scarto che si vorrebbe innescare, si promuove che l'utente sia introdotto nella rete di Servizi come parte attiva, che porta la sua voce, non tanto come oggetto della richiesta ma in quanto contributo per l'impostazione del piano operativo che verrà offerto dalla rete stessa dei Servizi. In questo modo tutti gli snodi della rete, seppur continuando a rispondere ai vari "segmenti" della richiesta (ognuno per ciò che è di propria competenza), riescono anche a rispondere al criterio dell'efficienza gestionale. Questo perché la modalità operativa, di rete, siccome inserisce ed accompagna l'utente al proprio interno e svolge un lavoro di interlocuzione che gli attribuisce un ruolo attivo, consente di sviluppare competenze nei confronti dell'utente medesimo; competenze di anticipazione delle implicazioni delle proprie azioni come utente (in particolare) o cittadino (in generale) in riferimento all'insorgenza di patologie e/o alla generazione di teorie proprie (ovvero di senso comune) sulla malattia rispetto al proprio percorso e alla Comunità.

Si procede ora entrando nel merito dei passaggi metodologici emanazione del riferimento teorico della Scienza Dialogica, come guida all'agire dell'operatore sociale; lo si farà in riferimento al mandato del tavolo laboratoriale che è stato quello di co-progettare un bando per il Servizio Minori e Famiglie del Distretto 5.

Cap. 3 - Metodologia M.A.D.I.T.: la co-progettazione del bando per il Servizio Minori e Famiglie

Riprendendo quanto offerto in premessa, nella cornice teorica della Scienza Dialogica, possiamo definire la co-progettazione come strategia che consente a snodi territoriali, formali ed informali, di contribuire al processo di costruzione di un prodotto (ad es. progettuale) in virtù di un obiettivo comune. Definito come proprio del ruolo di operatore dialogico all'interno di una Architettura dei Servizi Generativa (quindi obiettivo condivisibile trasversalmente agli snodi) l'obiettivo di coesione sociale, tale strategia è gestita laddove il processo di co-progettazione non si riduce alla presenza di rappresentanti territoriali attorno al medesimo tavolo di lavoro, ma nell'adozione di un medesimo riferimento – *in primis* normativo, definito dalla cornice giuridica e istituzionale di riferimento, *in secundis* di metodo, quindi nel disporre di un medesimo obiettivo in riferimento all'esigenza territoriale che ha generato il tavolo di co-progettazione e di prassi condivise che promuovano la partecipazione di ciascuno snodo (e l'incremento della rete stessa, come presenza al lavoro e, necessariamente, rispetto al prodotto costruito).

Questi gli elementi costitutivi del tavolo di co-progettazione del bando dell'unità di offerta MiFa del distretto 5, che ha riunito i ruoli responsabili dei comuni e dell'Ufficio Unico, assistenti sociali ed educatori dei comuni afferenti all'ambito territoriale. Si passa a descrivere i passaggi metodologici, come i passi operativi attraverso cui si è proceduto, emanazione della teoria, che ci consentono di perseguire il mandato del tavolo (definito dall'Ufficio Unico) di costruzione di un bando di gara.

Delineazione degli elementi di cornice del progetto, ossia la premessa

Per iniziare, si ripercorrano i contributi offerti dai partecipanti sugli elementi di cornice in cui si inserisce il Servizio MiFa, che hanno fatto emergere la necessità di distinguere fra l'obiettivo a cui il Servizio per come progettato dovrà rispondere e la cornice giuridica in cui si inserisce, per gestire (in anticipazione) il rischio di coincidenza fra i due piani e quindi considerare obiettivo del Servizio la *tutela dei minori e delle famiglie*. Entrando nel merito di quest'ultimo, e lasciando l'obiettivo come successivo passaggio metodologico che si è sviluppato, si può definire l'ambito giuridico come ciò che la società richiede, non tanto l'obiettivo dei ruoli operativi: l'ente definisce un obiettivo che solleciti la Comunità, perché consenta la società (cioè consenta che la legge si manifesti).

I diritti della persona e in particolare della persona minorenni, sono tutelati in un quadro nazionale e globale nella ratifica, da parte dell'Italia, di leggi approvate dalla Convenzione sui diritti dell'infanzia (Convention on the Rights of the Child, CRC) approvata dall'Assemblea dell'ONU il 20 novembre 1989, dalla Convenzione europea sull'esercizio dei diritti dei fanciulli, fatta a Strasburgo il 25 gennaio 1996, dalla Convenzione del Consiglio d'Europa sui diritti dell'uomo e la biomedicina fatta ad Oviedo il 4/4/1997, dalle Regole ONU 29/11/85. Tali diritti trovano fondamento nella legislatura italiana, in primo luogo nei principi della Costituzione italiana laddove riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo⁴, declinandosi inoltre in leggi che consentono una serie di interventi di protezione dei minorenni di competenza sia delle autorità amministrative

⁴ art. 3: *Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.*

che giudiziarie. Oltre alle normative che tutelano i minori, minori stranieri, stranieri non accompagnati e casi specifici (morte del genitore, separazione, pregiudizio di incapacità del genitore, abbandono, etc., che pertengono a specifici snodi giudiziari), il riferimento normativo per le amministrazioni prevede che “gli Enti locali (Regioni, Province, Comuni) organizzano e gestiscono i Servizi a favore dei minori e, in collaborazione con il Servizio Sanitario, attuano il sistema integrato dei Servizi sociali, che prevede interventi di sostegno per i minori e le loro famiglie (DPR n.616/1977 art.23,25 e Legge quadro n.328/2000, art.22)”. Si dispone inoltre di linee guida per la tutela dei minori emanate dallo specifico ambito territoriale, in questo caso Regione Lombardia: “*Linee guida per la promozione dei diritti e delle azioni di tutela dei minori con la loro famiglia*”, approvate con la delibera X/4821 pubblicata sul Bollettino Ufficiale del 17 febbraio 2016.

La delimitazione della cornice giuridica in riferimento al Servizio MiFa, ha consentito di definire gli elementi di premessa da offrire nel bando, come riferimento legislativo rispetto a cui il Servizio si inserisce:

*Richiamato l'ordinamento giuridico in materia di tutela minori,
l'art. 3 della Costituzione e le linee guida sulla tutela minori di Regione Lombardia
“Linee guida per la promozione dei diritti e delle azioni di tutela dei minori con la loro famiglia”
(...)*

Definizione dell'obiettivo

Successivo passaggio metodologico, che considera gli elementi di cornice costruiti, consiste nella definizione dell'obiettivo (di progetto, intervento) in riferimento al piano epistemologico adeguato all'oggetto dell'intervento, che –nel nostro caso- è quello dei “minori e delle famiglie” nella Comunità, ovvero delle interazioni. Prima ancora che definire l'obiettivo è servito definire cosa si intende con *obiettivo* e come si costruisce; interrogativo che è emerso è stato se nel processo di co-progettazione va costruito l'obiettivo del Servizio o se sono i progettisti, che rispondono al bando, a definirlo.

▪ *Definizione di obiettivo*

Con obiettivo si intende “*uno scopo astratto che innesca processi organizzativi, condivisibile e verificabile (in termini di risultato) attraverso opportuni indicatori*”. Entriamo nel merito dei termini che vengono impiegati nella definizione:

- per “astrazione” si intende la caratteristica intrinseca dell'obiettivo di essere astratto: nella sua definizione non si presuppone sia presente l'assetto della tangibilità, piuttosto l'obiettivo è la meta verso la quale tendiamo. Si distingue dal traguardo, già definito a priori, concreto e già presente, il cui raggiungimento è decretato nel momento del “tagliare il traguardo”; l'obiettivo è completamente astratto, non è già presente;
- per “innescare processi organizzativi” si intende che l'obiettivo presuppone l'aspetto dinamico e processuale: le parole utilizzate nell'obiettivo ci dovrebbero consentire di intravedere cosa fare (processi che coinvolgono altri ruoli e avviano delle azioni);
- per “condivisibilità” si intende che l'obiettivo deve essere condivisibile sia da un punto di vista teorico che operativo. Da qui l'importanza della precisione nella definizione dei costrutti utilizzati (come si diceva, l'operazionalizzazione): definire precisamente quali sono gli elementi

potenzialmente fraintendibili. Deve risultare un riferimento che ci consente di avere fissa la meta, e anche a distanza di tempo richiamare gli elementi fondativi.

- Per “verificabile” si intende che dev’essere possibile trasformare l’obiettivo in risultato e stante quello che si è definito poter misurare. È verificabile se si dispone di indicatori di risultato, elementi puramente discorsivi (modalità discorsive impiegate dai ruoli coinvolti prima e dopo l’intervento); misurabile se si dispone di indici (numerici);

- *Condivisione o condivisibilità?*

In virtù della definizione offerta, è possibile asserire che l’obiettivo dev’essere definito da terzi (che costruiscono il progetto, l’intervento, in questo caso il bando di gara): la condivisione è pertanto nella definizione dell’obiettivo che riguarda i ruoli (l’Ente) preposti a definirlo e dev’essere trasferibile, ovvero condivisibile nell’uso di strategie efficaci in occasioni che rispondono a questo intento; non deve risentire delle differenze territoriali e delle contingenze temporali, ovvero si condivide il perseguimento dell’obiettivo (non la sua definizione), lo si rende condivisibile ad altre risorse.

Si offrono ora i passaggi argomentativi che hanno portato alla definizione dell’obiettivo del Servizio MiFa, per dare conto delle difficoltà che si possono incontrare nella definizione di un obiettivo, per come definito e tenendo in considerazione le regole di cui dispone l’operatore sociale per gestire gli assetti comunitari implicati.

PROPOSTE DI DEFINIZIONE DELL’OBIETTIVO	ASPETTI CRITICI RILEVATI e CONSIDERAZIONI
<i>Innescare processi di promozione della salute nel sistema socio sanitario degli interventi, in grado di generare una comunità competente nella gestione dei percorsi educativi e di crescita che riguardano i minori e le loro famiglie, nel rispetto del quadro normativo di riferimento.</i>	L’ambito e la normativa di riferimento sono identificabili come cornici (elementi di premessa). Si rileva come strategia “ <i>innescare processi di promozione della salute</i> ” rispetto all’obiettivo di “ <i>generare una comunità competente nella gestione</i> ”. La Comunità viene blindata come ambito di applicazione/intervento.
<i>Promuovere una gestione competente da parte di tutti gli attori del territorio, delle criticità che coinvolgono il minore e la sua famiglia.</i>	La formulazione consente di dire che “ <i>promuovere la gestione competente</i> ” è l’obiettivo; critico risulta dover operazionalizzare la dicitura “tutti gli attori”.
<i>Promuovere una gestione competente della comunità, delle criticità che coinvolgono il minore e la sua famiglia.</i>	La prima parte (“ <i>gestione delle criticità</i> ”) è una strategia rispetto alla seconda (“ <i>promuovere competenze della comunità</i> ”); si può inoltre ampliare non limitando alla gestione delle “criticità”. Si rileva un ruolo attivo della Comunità che consente un maggior livello di astrazione.
<i>Promuovere una gestione competente della comunità, delle criticità che coinvolgono il minore e la sua famiglia, per promuovere il</i>	Oltre all’analisi sviluppata per l’obiettivo num. 3, si inseriscono due obiettivi, facendo riferimento al costruito, non definito, di

<i>benessere.</i>	“benessere”.
<i>Promuovere una cogestione competente delle criticità rilevate, da parte della famiglia e del minore, in un’ottica di corresponsabilità con il Servizio e la comunità.</i>	Non sono definiti i termini “cogestione” e “competenza”*.
<i>Promuovere una gestione corresponsabile e fondata su obiettivi condivisi delle criticità che coinvolgono il minore e la sua famiglia da parte dei diversi soggetti del territorio.</i>	Non viene definito precisamente l’obiettivo: quali “obiettivi condivisi”? Inoltre non si definiscono i “diversi” attori del territorio.

Trasversalmente alle proposte di obiettivo raccolte, risulta critico un aspetto su tutti, quello dell’operationalizzazione dei termini impiegati. Come si potrebbe rendere condivisibile un obiettivo quando, nel momento in cui lo offriamo, ognuno è nelle condizioni di dare un significato diverso ai termini impiegati?

Un esempio fra tutti, l’impiego dei termini “innescare” e “promuovere” posti in apertura di ogni obiettivo:

- promuovere, dal latino promovère, si compone di –pro (innanzi) e -movère (muovere) con il significato di *far progredire qualcosa che già è esistente*; in tutti i contributi riportati, segue al verbo promuovere il termine “gestione” definita di volta in volta competente o corresponsabile; indica pertanto lo “spingere in avanti da un qualsiasi punto di partenza”;
- innescare ha il significato figurato di *provocare, determinare il sorgere o il prodursi di qualche cosa* (ad es. innescare una rivolta, una reazione chimica), *indica l’iniziarsi, in modo più o meno istantaneo, di un dato fenomeno fisico al manifestarsi delle condizioni necessarie*, un fenomeno prima non esistente. Nell’esempio offerto, segue al verbo la dicitura “*processi di promozione della salute*”, indicando pertanto nell’accezione che questi processi risultano ad oggi assenti e vanno appunto innescati, creando delle condizioni necessarie a generarli. Al pari del termine “generare”, indica l’assenza di qualcosa (prima) che si va (poi) a far nascere.

Si individua inoltre necessario distinguere fra l’obiettivo e le strategie che possono consentire di perseguirlo: l’obiettivo è uno, le strategie possono essere molte; la valutazione è relativa all’obiettivo definito.

I contributi raccolti, trasversalmente, includono il termine Comunità, usano il contenuto “percorso di crescita”, definiscono il target (minori e famiglie). In riferimento al primo aspetto, si dispone di una definizione di “Comunità”, operationalizzata, che può essere quindi offerta come riferimento (anche fra gli elementi di premessa): *massa delle interazioni, costantemente mutevole e diacronica, che si innesca fra i membri della specie umana che abitano e vivono una certa dimensione (geografica e/o virtuale), volta a conferire valore, nell’uso del linguaggio, alla ricerca incessante di un obiettivo comune e condiviso.*

In riferimento al secondo punto, la proposta è quella di impiegare “percorsi biografici”, come termine astratto e operationalizzabile, che va a comprendere i percorsi di crescita, educativi, gli aspetti critici. Il termine si distingue da “vita” - dal latino vita, da un arcaico vivita; parallelo al greco bios e al sanscrito givathas, comune al mondo animale e vegetale - indicando tutto ciò che può essere detto o scritto, ed è costantemente mutevole nel percorso di una persona. In ultimo, si

mantiene il target del Servizio con i termini “minori” e “famiglie” che restano quali riferimenti giuridici.

Si approda dunque alla definizione dell’obiettivo del Servizio MiFa come: **promuovere una comunità competente nella gestione dei percorsi biografici dei minori e delle loro famiglie.**

Delineazione delle strategie coerenti al perseguimento dell’obiettivo definito

Prima di offrire la definizione di “strategia”, si faccia riferimento alle definizioni offerte di *efficacia* ed *efficienza*: efficienza non è mai in valore assoluto, in questo caso parliamo di efficienza gestionale e si rivolge alle strategie che si stanno usando; l’efficacia invece è legata al perseguimento dell’obiettivo e si può esprimere in valore assoluto.

Detto ciò, le strategie sono i movimenti (che rispondono alla domanda *come?*) volti al perseguimento dell’obiettivo secondo criteri di aderenza, coerenza ed efficienza. Per *aderenza* si intende che le strategie devono mantenersi all’interno del medesimo piano epistemologico individuato su cui si adagia l’obiettivo stesso, ossia esse devono consentire al ricercatore di tracciare il percorso utile per ottenere l’obiettivo definito, dando direzione ai processi organizzativi innescati. La delineazione delle strategie chiama a sé la necessità di avere forte visibilità, in termini di anticipazione, su come il progetto/intervento andrà a dipanarsi a seconda delle scelte operate.

Nel lavoro laboratoriale si condivide che l’aspetto della strategia è un aspetto centrale, direttamente connesso all’efficacia (in quanto in base alle strategie definite si può essere più o meno efficaci) ma ancora più all’efficienza della gestione di tutto il progetto e/o Servizio, quindi al perseguimento dell’obiettivo. In riferimento all’obiettivo definito (“promuovere una comunità competente nella gestione dei percorsi biografici dei minori e delle loro famiglie”), i partecipanti individuano le seguenti strategie:

1. Promozione della condivisione dell’obiettivo;
2. Definizione di una matrice organizzativa;
3. Individuazione di prassi che consentano la gestione dei percorsi biografici;
4. Manutenzione dell’architettura dei Servizi;
5. Corresponsabilità tra l’ente e la comunità nella gestione delle risorse;
6. Definizione di un sistema valutativo;
7. Utilizzo di un metodo.

Per procedere, si sviluppano delle considerazioni cercando di declinare le strategie elencate secondo un criterio di efficienza gestionale, muovendoci per anticipazione. Si anticipa che la strategia al punto 1 sia elettiva poiché permette di gestire la collocazione dei ruoli coinvolti nella comunità, immaginando anche ruoli/interlocutori da coinvolgere (nell’esempio del bando, considerando che potrebbe essere emesso da un ente, si andrà a condividere l’obiettivo definito e a chiedere quali strategie consentono di perseguirlo). Riprendendo la distinzione fra condiviso e condivisibile: se si ha un obiettivo di condivisione con le parti si fa in modo che venga costruito insieme (es. in un tavolo), altrimenti si definisce nel bando e si rende l’obiettivo condivisibile. Ci si pone la domanda: quali interlocutori per questo tipo di strategia? Con conseguenti azioni, quali incontri con i ruoli? Le strategie num. 2 e 3 si riferiscono ad aspetti organizzativi che consentono di collocare tutti i ruoli, anche se non hanno partecipato al processo di progettazione, in particolare le prassi.

Il punto 4 si riferisce alla necessità di rimanere aderenti all’obiettivo, garantire la collocazione dei ruoli (anche attraverso strumenti quali formazione e supervisione); la strategia è collegata alla

seconda, per cui nella matrice ci dev'essere qualcuno che garantisce questo. Il punto 5 è una strategia ripresa dalla costruzione degli obiettivi. Il punto 6 offre come strategia la valutazione di come si sta perseguendo l'obiettivo, che può avere ricaduta di ricollocare i ruoli rispetto all'obiettivo. Il punto 7 (utilizzo di un metodo) è trasversale e si asserisce che non può essere una strategia. I punti vengono così ridistribuiti:

1. Promuovere la condivisibilità dell'obiettivo
2. Corresponsabilità tra l'ente e la comunità nella gestione delle risorse
3. Definizione di una matrice organizzativa, rispetto alla quale si distingue la matrice burocratica/amministrativa (definita istituzionalmente) e la matrice organizzativa che gestisce il progetto e ne garantisce l'efficacia. La matrice burocratica/amministrativa non necessariamente declina "chi fa che cosa".
4. Definizione di un sistema valutativo
5. Individuazione di prassi che consentano la gestione di percorsi biografici
6. Manutenzione dell'architettura dei Servizi

Pianificazione delle azioni da attuare

Per senso comune questo passaggio rappresenta il punto di inizio del progetto anziché quello conclusivo, in quanto si ritiene che è soltanto dal "fare" che ci si può legittimare a "dire". Tuttavia, focalizzare l'attenzione esclusivamente sul piano delle azioni decreta l'impossibilità di misurare la quota di efficacia, in quanto assente la definizione dell'"obiettivo" come elemento di confronto rispetto al risultato, così come la quota di efficienza, in quanto assenti delle precise strategie delineate. Le azioni si inseriscono pertanto "a questo punto" e risultano costantemente suscettibili di modifiche e rivisitazioni per adeguarsi agli accadimenti contingenti.

Si ripercorrono le strategie individuate dal gruppo di lavoro, riportando le azioni costruite per ciascuna. Si è proceduto per ciascuno, al fine di procedere l'efficacia di quanto messo in campo, all'elaborazione di indicatori (di processo e di risultato).

STRATEGIA	AZIONI	INDICATORI
Promuovere la condivisibilità dell'obiettivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. individuazione di interlocutori strategici; 2. costruzione delle anticipazioni sulla gestione degli incontri con i diversi interlocutori, in virtù dell'obiettivo strategico dell'incontro; 3. Avvio di momenti di condivisione; 4. incontro divulgativo sul metodo del Welfare Generativo; 5. Produzione di un documento di sintesi. 	<ul style="list-style-type: none"> - di processo: costruzione di documenti di piani di gestione degli incontri con interlocutori; numero di incontri di condivisione; - di risultato: creazione di un documento di sintesi degli incontri
Corresponsabilità tra l'ente e la comunità nella gestione delle risorse	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definire cosa si intende con "risorse": ovvero definire il valore d'uso del termine risorsa che ci serve per raggiungere l'obiettivo e 	<ul style="list-style-type: none"> - di processo: disporre della definizione di "risorse" e di una mappatura territoriale; - di risultato: numero di

	<p>possiamo spendere con gli interlocutori, utilizzarlo per valutare il contributo che gli interlocutori portano;</p> <p>2. Individuare snodi strategici e le relative risorse che possono mettere in campo (mappatura);</p> <p>3. Definizione di modalità interattivo-comunicative efficaci atti a promuovere la corresponsabilità;</p> <p>4. Pianificare momenti di scambio e restituzione con e su questi snodi strategici.</p>	<p>incontri con snodi strategici; produzione di verbali.</p>
Definizione di una matrice organizzativa	<p>1. costituzione di una direzione strategica che assuma l'obiettivo generale (del Servizio, progetto, bando) e abbia in delega di declinarlo in obiettivi specifici, individuando i ruoli concorrenti al raggiungimento degli obiettivi stessi;</p> <p>2. Costruzione dell'assetto organizzativo, definizione degli snodi organizzativi e delle interazioni nella matrice;</p> <p>3. Definizione degli obiettivi di ruolo e dei processi in gestione.</p>	<p>- di processo: numero degli incontri, numero dei verbali prodotti.</p> <p>- di risultato: elaborazione di un documento che definisce la matrice.</p>
Definizione di un sistema valutativo	<p>1. Costruzione di criteri di valutazione (distinguendo processo e risultato);</p> <p>2. Individuazione degli indicatori;</p> <p>3. Creazione di strumenti valutativi;</p> <p>4. Messa in uso di strumenti valutativi</p>	<p>- di processo: numero di incontri di staff per produrre gli strumenti</p> <p>- di risultato: effettiva creazione/disponibilità degli strumenti e degli indicatori</p>
Individuazione di prassi che consentano la gestione di percorsi biografici	<p>1. individuare prassi condivise fra gli operatori per l'attivazione e la gestione degli interventi: modalità di accesso, presa in carico, individuazione dei ruoli che collaborano, tempistiche, modalità di verifica.</p>	<p>- di processo: numero di incontri, verbali prodotti, numero di procedure definite.</p> <p>- di risultato: elaborazione di un documento di sintesi delle prassi, che venga approvato dal livello direzionale, di direzione strategica.</p>

Manutenzione dell'architettura dei Servizi	<ol style="list-style-type: none"> 1. individuazione degli snodi che appartengono all'architettura dei Servizi e di quelli strategici di cui fare manutenzione, 2. raccolta dati dagli indicatori e costruzione di un report di valutazione 3. aggiornamento dell'organizzazione del Servizio, 4. individuare ruoli di garanzia 	<ul style="list-style-type: none"> - di processo: num. di incontri, num. di verbali, - di risultato: produzione di un report valutativo.
--	---	--

Si riportano a seguire alcuni interrogativi che hanno guidato l'elaborazione delle azioni e degli indicatori, affinché restino quale patrimonio comune all'agire degli operatori:

◆ *Viene prima lo snodo organizzativo o l'obiettivo specifico, che ci fa dire di quale snodo abbiamo bisogno?*

Si definiscono gli snodi come occasioni e luoghi di interazione e quindi gli obiettivi specifici in delega (non separabili), a seguire vengono definiti (le competenze dei) ruoli e gli obiettivi in delega ad essi.

◆ *Cosa serve valutare: il raggiungimento dell'obiettivo o il lavoro dei ruoli? Cosa può essere prioritario?*

Si rimanda alla distinzione fra efficienza gestionale ed efficacia, come valutazioni sui differenti livelli.

È necessario definire a priori le competenze del ruolo e l'obiettivo che ha in delega; ci possono essere in corso d'opera valutazioni sulle strategie che il ruolo – in modo flessibile - adopera (si può quindi valutare la collocazione di ruolo).

◆ *Quando e come si valutano i tempi del progetto?*

I tempi del progetto (cronoprogramma) sono stabiliti a priori; fra le competenze del ruolo c'è anche quella organizzativa in riferimento ai tempi indicati.

Considerazioni conclusive, per una Comunità del futuro

A conclusione del percorso offerto, percorrendo la strada che si è delineata per operatori, amministratori e politici, si è perseguito l'obiettivo del presente contributo delineando un nuovo paradigma di gestione degli assetti interattivi della Comunità, che sceglie di fondarsi su paradigmi che mettono al centro l'interazione, scartando quelli meccanicistici che ci hanno finora guidati (alla base del modello assistenziale). Ci si è immersi nell'incertezza dell'interazione, guardando negli occhi, per poi abbandonare, la casualità che ha guidato finora l'agire sociale e si è scelto di provare a gestirla, affidandosi al rigore e alla misura in quanto criteri che contraddistinguono il procedere scientifico.

Tutto l'exkursus argomentativo ci ha portato a definire un ruolo – quello dell'operatore dialogico – che sia in grado di governare, in interlocuzione con gli snodi di un'Architettura dei Servizi che si pone come obiettivo quello della salute dei propri membri, l'assetto interattivo della Comunità stessa.

Pertanto, abbiamo ripercorso le criticità rilevabili in questo momento storico per approdare a regole di governo dell'incertezza e a proposte metodologiche, tratteggiando un ruolo – che l'operatore in ambito sociale può assumere – nel quale gli attuali assetti comunitari possano configurarsi quali opportunità: un ruolo che possa utilizzare gli strumenti - conoscitivi e di metodo – per proporsi come snodo all'interno delle voci – istituzioni, Servizi, cittadini, che appartengono alla Comunità – nel perseguimento di un obiettivo di coesione sociale. Si è così definito l'operatore dialogico come esperto del logos, come operatore che monitora, intercetta la richiesta (espressa o anticipabile), utilizzandola per collaborare con le risorse del territorio rispetto ad un obiettivo comune; occupandosi quindi dell'assetto interattivo, in modo da garantire un lavoro di squadra nella gestione dell'esigenza: anche assolvendo alla richiesta ed utilizzandola come occasione per promuovere una gestione, e dunque la promozione di competenze, che consentano ai ruoli e snodi comunitari di far fronte alle richieste che, in anticipazione, potranno essere portate nuovamente ai Servizi.

È in questa Comunità del futuro, che parte già da ora, che si delineano le possibilità per l'operatore dialogico e per gli snodi – nell'invito in premessa gli amministratori di Comunità e gli operatori che a vario titolo si occupano di processi partecipativi- che qui riassumiamo:

- rilevare/descrivere e quindi operare non (solo) nell'assolvimento della richiesta ma sull'esigenza e quindi ricorrere a competenze che offrano la possibilità di poter intervenire sia in emergenza (cioè quando l'evento critico è già accaduto), sia in anticipazione (ossia prima che l'evento critico si manifesti);
- occuparsi dell'assetto interattivo della comunità, disponendo di un riferimento teorico-metodologico, quindi di regole e strumenti per governare l'incertezza, che può costantemente generare nella Comunità assetti interattivi “critici” ovvero che minano/diminuiscono la coesione sociale;
- strutturare specifiche strategie di promozione della partecipazione da parte di ruoli e snodi territoriali, incrementando le interazioni in ottica di condividere la responsabilità della gestione di quanto si rileva;
- rileggere il ruolo di cittadino per la definizione di un piano di intervento che si muova rispetto al suo percorso biografico, quindi nella promozione di competenze di gestione da parte del cittadino stesso e degli snodi territoriali coinvolti e coinvolgibili;
- garantire l'efficacia ed efficienza gestionale degli interventi, da attestare attraverso il ricorso ad indicatori e indici.

In questi termini, l'architettura dei Servizi seppur nomotetica consente l'agire dell'operatore dialogico, anzi lo configura come occasione per promuovere nell'attuale assetto nomotetico possibilità (progetti, sperimentazioni) generative di salute; dunque facendo in modo che la rete dei Servizi territoriali riesca sempre più a occuparsi, in modo sinergico e dando un ruolo attivo alla cittadinanza (non più solo "utenza"), di quanto la Comunità stessa genera. In questi termini, l'auspicio per i lettori è quello di avvalersi della presente proposta per contribuire ad una Comunità competente nel gestire le sfide del domani.

Glossario

Anticipazione: a fronte della coerenza narrativa di una produzione discorsiva, la possibilità di anticipare quale realtà si genererà, ovvero configurare (tutti) gli scenari interattivi possibili prima che questi si generino; antinomica alla previsione.

Architettura dei servizi: la connessione, ovvero la rete, che si innesca fra operatori di un Servizio e utenti, e fra Servizi, secondo precise linee strategiche nonché metodologiche che nascono e sono l’emanazione di un preciso modello operativo.

<i>AdS</i> NOMOTETICA - MODELLO MEDICO	<i>AdS</i> GENERATIVA - MODELLO DIALOGICO
Definizione del focus di intervento	
Utente Etichetta nosografica	Sistema Paese Generazione e mantenimento della carriera biografica
Modalità di intervento	
Prevenzione della malattia-disagio	Promozione della salute
Attivazione dell’intervento	
È l’utente che va al servizio	È il servizio che va all’utente
Chi è l’oggetto dell’intervento/chi interviene	
Asimmetria: sapere tecnico-scientifico vs portatore di malattia/disagio	Simmetria: condivisione del senso comune (realtà come costruzione dialogica)
Prerequisiti dell’intervento	
Presenza di vincoli	Assenza di vincoli (se non l’obiettivo)
Definizione di esperto/professionista	
Sapere specialistico	Sapere non specialistico
Documentazione dell’intervento	
Sovrascrittura	Aderenza al testo
Valutazione dell’efficacia	
estinzione dello stato patologico	cambiamento e anticipazione della carriera biografica
Connessione fra servizi	
Individuazione di procedure	Lavoro di rete come strategia di intervento per raggiungere l’obiettivo del cambiamento biografico

Biografia: dal greco tardo *biographía*, composto di *bíos* ‘vita’ e *-graphía* ‘-grafia’, narrazione della vita di una persona, l’opera stessa che la contiene.

Carriera biografica: L’insieme delle produzioni discorsive poste in termini retrospettivi, attuali e in anticipazione (proiezione futura), che caratterizzano sia il livello di ‘come la persona si narra’ sia di ‘come è narrata’, e che assumono carattere di previsioni e/o spiegazioni al comportamento attuale/passato.

Coerenza narrativa: proprietà intrinseca dei processi discorsivi di organizzare, ovvero di creare legami retorico-argomentativi tra gli elementi costitutivi degli stessi, in modo tale da mantenere la congruenza e l’integrità della configurazione discorsiva che si genera, si dipana, in termini narrativi.

Coesione sociale: l’insieme delle modalità, discorsivamente intese, di configurazione della realtà, che concorrono alla gestione condivisa tra i membri di una Comunità degli aspetti critici che vengono anticipati in virtù di obiettivi comuni.

Competenza: ciò che consente al ruolo di raggiungere i propri obiettivi nel perseguimento dell’obiettivo generale della matrice organizzativa in cui esso è collocato. Si misura nel momento in

cui si valuta quanto si riescono ad anticipare gli assetti interattivi che si generano nel perseguimento di un obiettivo; si distingue da capacità:

CAPACITA'	COMPETENZA
Non Trasferibile	Trasferibile
Legata all'esperienza/replica	Formazione
Previsione	Anticipazione
Persona	Ruolo
Controllo	Gestione
Meccanismo	Processo

Comunità: la massa delle interazioni, costantemente mutevole e diacronica, che si innesca fra i membri della specie umana che abitano e vivono una certa dimensione (geografica e/o virtuale), volta a conferire valore, nell'uso del linguaggio, alla ricerca incessante di un obiettivo comune e condiviso.

Condivisibilità: rendere partecipi coloro che sono coinvolti in qualcosa di stabilito e definito a priori, ossia *ante* la loro partecipazione; si rende condivisibile, ad esempio un obiettivo, nella costruzione e applicazione di strategie che perseguano questo intento.

Condivisione: costruzione condivisa della definizione, ad esempio di un obiettivo fra gli Enti preposti, affinché sia trasferibile (dall'etimologia: partecipare insieme); si distingue dalla condivisibilità, in quanto, comporta la partecipazione *ex ante* e non *ex post* (come quest'ultima).

Efficacia: scarto fra l'obiettivo che l'intervento si è posto e il risultato conseguito; si può esprimere in valore assoluto.

Efficienza: riguarda le modalità di raggiungimento degli obiettivi (rispetto dei tempi, efficacia delle relazioni interpersonali e della comunicazione, impiego di risorse, ...), ossia le strategie che è possibile mettere in atto per conseguire gli obiettivi prefissati; si parla infatti di efficienza gestionale, che non si esprime mai in valore assoluto. È il parametro che consente di misurare l'andamento del processo messo in atto e quindi di operare delle riflessioni da parte del ricercatore/operatore, non solo sul raggiungimento/non raggiungimento del risultato, ma anche e soprattutto sulle modalità con le quali esso è stato ottenuto (lo si ottiene).

Esigenza: fa riferimento a una modalità conoscitiva antinomica con la modalità conoscitiva a cui fa riferimento la parola "richiesta". Tra esigenza e richiesta esiste un rapporto generativo, in cui l'esigenza è il processo conoscitivo che genera come precipitato una richiesta. Questo implica che qualora si esaudisca la richiesta, persiste l'esigenza che ha generato quella data richiesta, che potrà generare altre richieste.

Indicatori: elementi di carattere puramente discorsivo su cui fondare la valutazione; gli *indicatori di risultato* consentono di valutare l'efficacia ovvero il raggiungimento del risultato a conclusione dell'intervento/azione progettuale; gli *indicatori di processo* di monitorarne l'andamento in itinere, costruendoli rispetto alle strategie. La misura si fonda invece su *indici*, numerici. La distinzione è pertanto teorico-metodologica: gli indicatori consentono la rilevazione dell'andamento di un servizio/progetto (valutazione) mentre gli indici ne consentono la misurabilità; tale distinzione

risulta esiziale per la progettazione nel welfare (che storicamente non dispone di indici, come invece l'ambito sanitario che dispone sia di indicatori che di indici).

Interazione: processo diacronico di diversa tipologia (energetico, metabolico, dialogico) mediante il quale si generano, a partire da due o più elementi a loro volta generati dal medesimo processo (precedentemente o contemporaneamente), assetti/configurazioni in cui gli elementi possono o non possono essere più distinguibili. Tali assetti/configurazioni (così come gli elementi di generazione) possono essere descritti e dunque appartenere a, linguaggi formali (e dunque si possiede sia la misura che il calcolo) o dal linguaggio ordinario (e dunque se possiede il solo calcolo e non la misura).

Meccanismo: è sincronico, la causa è sempre la medesima e si ripete uguale a sé stesso; opposto all'interazione (diacronica).

Metodo: dal gr. *méthodos* 'ricerca, indagine', der. di *hodós* 'strada, via', definisce i passaggi (metodologici appunto) per il perseguimento dell'obiettivo, coerentemente al piano epistemologico su cui si colloca l'oggetto di studio.

Modello: definisce le prassi operative con cui si interviene sul "cosa" si è conosciuto (oggetto di studio).

Paradigma: modo di conoscere che fornisce gli elementi di cornice per mezzo dei quali si può produrre conoscenza ovvero gli elementi, le categorie e i punti di riferimento entro i quali si conosce. Stabilendo quali sono i confini, le cornici entro cui si costruisce la conoscenza, il paradigma riguarda l'aspetto del *come si conosce*.

Paradigma Meccanicistico

Ente
Dimensione Statica

Causa
Relazione empirico-fattuale di tipo lineare
(causa → effetto)

Spiegazione
risponde alla domanda "perché"

Legge Naturale
tutto è governato da leggi empiricamente governabili

Guarigione
essendoci una realtà, questa può essere sanata, guarita

Previsione
legami empirico-fattuali: causa/effetto

Paradigma Narrativistico

Processi/Discorsi
Dimensione processuale

Repertori Discorsivi
modalità finita di costruzione della realtà, culturalmente data, con valenza pragmatica, che raggruppa anche più enunciati, articolata e diffusa con valore di asserzione di verità, volta a generare/costruire/mantenere una coerenza narrativa

Descrizione
risponde alla domanda "come"

Coerenza Narrativa
proprietà dei discorsi di organizzare gli elementi costituenti, tale da mantenere costante la congruenza e l'integrità intrinseca agli stessi

Cambiamento
tutto è governato da leggi empiricamente governabili

Anticipazione
legami di tipo narrativo: siamo in grado di anticipare gli scenari possibili

Percorso biografico: l'insieme delle produzioni discorsive poste in termini retrospettivi, attuali e in anticipazione (proiezione futura), che caratterizzano sia il livello di 'come la persona si narra' sia di 'come è narrata', e che assumono carattere di contemplazione di diverse possibilità di scelta.

Prassi: richiede un'interazione fra parti, un lavoro fra più attori/ruoli nella realizzazione; può mutare in virtù del modo in cui interagiscono coloro che la producono. Le prassi definiscono (pertinentemente) le procedure che si adottano; non vi è altra garanzia che le competenze dell'operatore.

Previsione: individua legami di causa – effetto (nessi causali) fra enti, con la possibilità di agire sulla “causa” per eliminare l’“effetto”.

Procedure: non chiede un livello di contribuzione, blindando e definendo i modi delle interazioni; quando si definiscono, devono necessariamente avvenire.

Responsabilità condivisa: configurazione di realtà di comunità in cui ogni individuo o aggregazione di individui possa costruire il proprio snodo dialogico nella comunità e contribuire così, al suo sviluppo verso la generazione di coesione sociale per l'intera comunità di appartenenza.

Salute: l'insieme delle modalità, discorsivamente intese, di configurazione della realtà che contemplano, in termini di anticipazione, l'insorgenza di patologie e/o la generazione di teorie sulla malattia. Sussume la sanità.

SANITÀ	SALUTE
<ul style="list-style-type: none">•Definita a priori•Rilevabile empiricamente•Asimmetrica (detenuta da un esperto)•Preleva sapere•Padronanza della tecnica•Centralità dell'istituzione•Prevenzione•Campagna informativa	<ul style="list-style-type: none">•Costruisce sul processo•Rilevabile discorsivamente•Dialogica (tutti sono esperti)•Genera conoscenza•Padronanza del processo•Centralità della Comunità•Promozione•Politiche sociali

Scienza: definisce l'oggetto della conoscenza e quindi lo statuto epistemologico di quest'ultima; la scienza dialogica, scienza –ica del logos, si occupa di trasformare l'uso del linguaggio ordinario in un processo generativo formalizzato “definibile” e “misurabile”, ovvero in un linguaggio formale.

Società: dal latino societas -atis, insieme di membri della specie umana governato da aspetti normativo-legislativi.

Bibliografia

- Dizionario etimologico Treccani, edizione online;
- Romanelli M., Contiello M., Fabbian A., Girolimetto R., Marino Y. (2016) Per un'indagine sui fondamenti del Trattamento Sanitario Obbligatorio: Verso una conoscenza scientifica attraverso un'archeologia del sapere comune. Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica, 2, 81-106;
- Turchi G.P., Gherardini V. (2014) Politiche pubbliche e governo delle interazioni della Comunità. Il contributo della Metodologia Respons.In.City. Roma: Franco Angeli;
- Turchi G.P., Orrù L. (2014) Metodologia per l'analisi dei dati informatizzati testuali. Fondamenti di teoria della misura per la Scienza Dialogica. Napoli: Edises;
- Turchi G.P., Vendramini A. (2016) De rerum salute. Napoli: Edises;
- Turchi G.P. (2016) Manuale critico di psicologia clinica. Napoli: Edises;
- Turchi G.P., Sposini F. (2016) Al di là del normale e del patologico. Napoli: Edises;
- Turchi G.P., Romanelli M., Gallone C.M., Morittu A., Maggiore C. (2015). Il ruolo dello psicologo come consulente strategico globale, all'interno del sistema dei Servizi e delle Politiche Pubbliche. Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica n°1.