







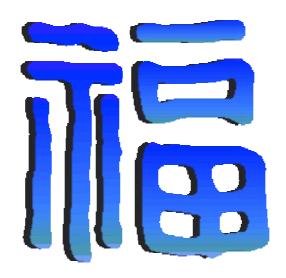
"Strada Facendo: interventi integrati sulle povertà estreme - Edizione 2"

Progetto Rif. PA nº 806/RER OB.3 B.1 anno approvazione 2005 Azione 20 - Aiuti alle persone

Ente Gestore del Progetto: AGEFORM – Via Bigari, 3 – 40128 Bologna

#### Sottoprogetto 2

### Formazione Continua per Referenti dei Piani di Zona



# territorio di ferrara

Sede di svolgimento dell'attività: CPF – Consorzio Provinciale Formazione – Ferrara

> Viale IV Novembre, 9 44100 – Ferrara

Gennaio 2006 - Dicembre 2006

# Indice

Premessa	2
Contenuti del percorso formativo	3
Tipologia e Presenza dei partecipanti	4
Sintesi delle conclusioni del lavoro di ricerca	7
Considerazioni finali	17
ALLEGATI	
L' analisi dei guestionari intermedio e finale	20

Il presente Report vuole essere innanzitutto una breve testimonianza del lavoro e dell'impegno personale di tutti coloro che hanno lavorato alla realizzazione dell'intervento formativo. A cominciare dai partecipanti al corso, passando per il docente e la tutor per finire all'ente gestore del progetto nel suo complesso.

Rispetto alle intenzioni progettuali di realizzare un intervento formativo con modalità seminariali, abbiamo scelto insieme ai partecipanti di utilizzare una modalità "diversa": mettersi in gioco in prima persona rispetto alle prassi consolidate e a quelle possibili, per trovare insieme nuove modalità operative per rendere gli interventi sociali un motore di cambiamento e non più (o non solo) "un'officina riparazioni". Fuor di metafora, uscire dalla logica assistenziale/riparativa e cominciare ad entrare nella logica di accompagnamento/attivazione di processi.

La nostra speranza è che questo tentativo, che ci è apparso ben riuscito, non resti un tentativo isolato.

Nelle pagine che seguono tenteremo di darvi il "segno" di come abbiamo lavorato.

#### Contenuti del percorso formativo

#### **Premessa**

La proposta di contenuti qui riportata è sottoposta a tre vincoli

Il primo riguarda la ovvia necessità di discussione e condivisione con i formandi. Nel primo incontro si procederà quindi alla sua eventuale ridefinizione, anche tenendo conto di quanti, dei partecipanti hanno già fatto il precedente corso.

Il secondo riguarda il fatto che essendo un processo di formazione non necessariamente la sequenza così come è riportata corrisponderà a quella che verrà effettuata. Si terrà infatti conto dei tempi del gruppo in formazione

Il terzo riguarda i risultati che il sistema di valutazione in itinere darà e che ovviamente costituirà ragione dell'eventuale modificazione del programma

# Sequenza delle aree tematiche e ipotesi di contenuto per gruppi di incontri

- Prima area tematica (fatto salvo ciò che abbiamo appena detto in premessa) si concentrerà sulla ridiscussione dei paradigmi dell'intervento sociale. Obbiettivo di questi incontri sarà quello di rifondare il senso e il significato di quest'ultimo ridiscutendo le pratiche così come in questi anni si sono venute consolidando
- La seconda area tematica affronterà la questione del rapporto tra dinamiche sociali dei contesti ove lavorano i servizi e il loro ruolo. In particolare si metteranno le basi per reintrodurre la ricerca scientifica nelle strategie di intervento dei servizi
- La terza area tematica affronterà la questione della costruzione di una strategia locale di intervento sociale relativamente ai vari bisogni (sempre in aumento) che vengono affidati, per il loro controllo, ai servizi sociali
- La quarta area tematica si concentrerà sul piano della realizzabilità (vincoli e possibilità o
  potenzialità) delle suddette strategie, introduzione del metodo scientifico ecc.. di cui agli
  incontri precedenti

#### Modalità del processo formativo

Essendo obiettivo del processo arrivare non tanto o non solo alla produzione di un apprendimento, ma anche a mettere le basi di un processo di trasformazione. Le modalità del processo saranno quelle tipiche della formazione partecipata

#### Tipologia e presenze dei partecipanti

I partecipanti al corso sono stati 25, ci sono stati due 2 ritiri , ma tempestivamente sostituiti. C'è stata una forte e interessata partecipazione.

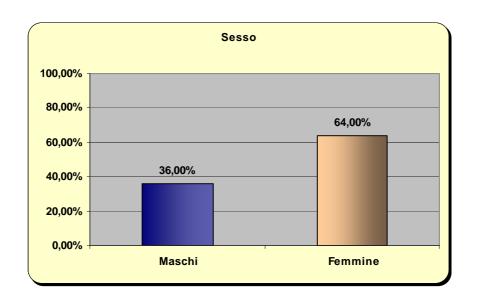
Ci è sembrato interessante andare a vedere la tipologia dei partecipanti in base al sesso, alla scolarità e all'ente di appartenenza.

Per quanto riguarda il sesso come si può dedurre dalla tabella sottostante, il numero delle partecipanti è il doppio dei loro colleghi maschi, inoltre per quanto riguarda la scolarità si può notare un elevato numero di laureati, infatti il 44,00% dichiara di avere almeno una laurea triennale.

Se poi andiamo ad osservare le appartenenze risulta che il 52,00% appartiene al Comune di Ferrara, il 20,00% di al mondo del volontariato/associazionismo; il 12% al mondo della cooperazione e delle AUSL, solo l'1% appartiene all'amministrazione provinciale di Ferrara.

Per quanto riguarda le presenze, riportiamo qui di seguito un istogramma dove si può notare che la maggioranza dei corsisti (80,00%) ha partecipato attivamente a più di 30 ore del corso su un totale di 40 ore.

Maschi	Femmine	Tot. Iscritti
9	16	25
Maschi	Femmine	Tot
36,00%	64,00%	100,00%



Scolarità	Diploma Scuola Media superiore	Diploma Universitario	Laurea	Tot. Iscritti
	12,00%	44,00%	44,00%	100,00%

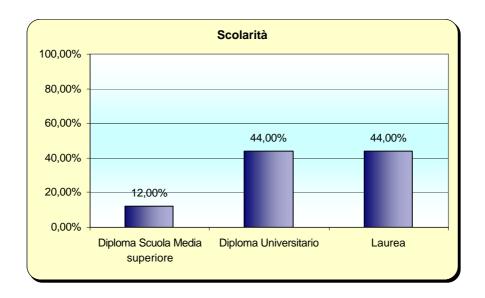
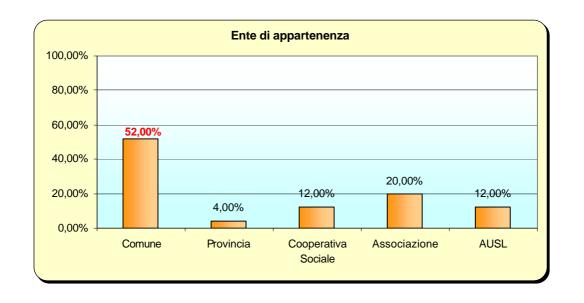
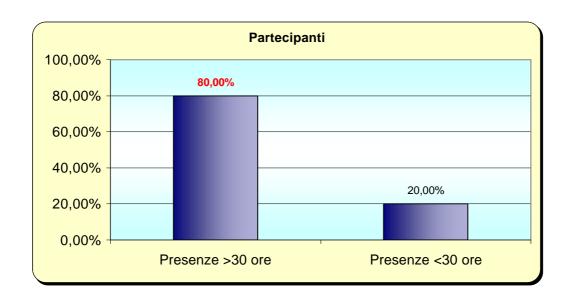


Foto di	Comune	Provincia	Cooperativa Sociale	Associazione	AUSL	Tot. Iscritti
Ente di appartenenza	52,00%	4,00%	12,00%	20,00%	12,00%	100,00%



Partecipanti	Presenze >30 ore	Presenze <30 ore	Totale
	80,00%	20,00%	100,00%



#### Sintesi delle conclusioni del lavoro di ricerca

a cura di Roberto Merlo

#### Ciò che emerge dall'analisi dei dati della ricerca

In somma sintesi quattro sono le inferenze più significative che si traggono dall'analisi dei dati della ricerca.

Va da sé che il materiale raccolto consente molti livelli di lettura. Qui abbiamo scelto di sintetizzare solo quelle inferenze che più direttamente consentono di trarre spunti per l'azione di miglioramento della performance degli operatori coivolti e di definire con la maggiore chiarezza possibile gli indicatori che ci consentiranno di misurare se effettivamente quella performance migliorerà attraverso la realizzazione di quegli spunti.

Prima di commentare diamo solo i dati generali degli universi coinvolti dalla ricerca. Sono state intervistate, con un questionario composto da 366 item 435 persone di cui 25 operatori partecipanti al processo, 151 appartenenti alle reti di questi e 259 appartenenti ai legami secondari sempre di quelli.

Gli operatori che lavorano per la realizzazione dei progetti delle leggi di settore non sono una minoranza attiva capace di strategie di influenza sul contesto.

Il dato si ricava soprattutto dall'esame dei risultati di due calcoli: l'analisi fattoriale e l'analisi dei cluster. Mentre le reti e le reti delle reti sono in grado di coagulare in pochi fattori la logica con cui producono le risposte, il gruppo degli operatori non riesce a fare altrettanto.

Ricordiamo brevemente l'ipotesi teorica che facemmo: la possibilità di produrre un cambiamento, del tipo "cura" o del tipo "prevenzione", è data dalla capacità dell'attore sociale che lo promuove di attivare strategie d'influenza capaci di incidere sulle rappresentazioni che lo stesso contesto ha del fenomeno preso in considerazione. Ora perché un attore sociale produca efficaci strategie di influenza esso deve avere le caratteristiche tipiche di una minoranza attiva.

Tra queste caratteristiche vi è sicuramente la chiarezza in termini di lettura, la congruenza nell'interpretazione del fenomeno, la competenza nella costruzione e nell'azione di una strategia altrettanto congruente, ecc...

Ciò che appare dai dati è che bisogna produrre all'interno del gruppo d'operatori che attivano i progetti delle leggi di settore queste caratteristiche.

Non stiamo affermando che all'interno del singolo servizio o anche del singolo settore non ritroviamo, per ogni fenomeno, una lettura condivisa e una strategia d'azione; stiamo affermando, invece, che non vi è una strategia trasversale né una lettura trasversale ai servizi e ai fenomeni. Insomma ci si comporta come se la realtà sociale fosse un'arancia e non una mela, mentre, dati alla mano, già la realtà più prossima agli operatori si comporta e si manifesta come una mela e men che meno come un'arancia.

Il mondo relazionale degli operatori è, in parte significativa, positivo e potenzialmente alleato con gli stessi ma anche estremamente frammentato e angosciato.

Avevamo posto tre tipologie di domande a proposito dei servizi e dei fenomeni. Le tre parole chiave che le individuavano erano efficacia, esistenza e responsabilità (efficacia delle azioni da parte dei diversi servizi-soggetti, ragioni dell'esistenza dei fenomeni su cui quelli agiscono, responsabilità della persistenza, nonostante le azioni, dei fenomeni suddetti).

Abbiamo operato con diversi tipi di calcoli da un lato le fattoriali sia per tipologia di domanda che per tipologia di fenomeno e di attore e dall'altro abbiamo utilizzato il coefficiente di correlazione di Pearson.

Dalle elaborazioni emerge che i contesti esaminati guardano alla realtà e ai servizi partendo dalla considerazione che la esistenza dei fenomeni e la loro persistenza è il metro con cui costruire le valutazioni relativamente all'efficacia delle azioni.

Insomma la posizione del contesto relativamente alla relazione fenomeni - azioni dei servizi potrebbe essere riassunta (semplificando moltissimo) in questa frase: l'esistenza e la persistenza dei fenomeni è il criterio con cui giudico l'efficacia delle azioni

Non su tutti i fenomeni considerati ciò accade; sul disagio delle famiglie e sulla povertà invero viene riconosciuto che l'efficacia delle azioni dei servizi rende comprensibile e gestibile l'esistenza e la persistenza dei fenomeni. Il meccanismo fondamentale appare comunque quello della delega. Quindi io, soggetto sociale, giudico i servizi e li penso secondo la funzionalità che loro manifestano nell'accettare e dare una risposta per me soddisfacente al mio bisogno di elaborazione dell'angoscia rabbia e paura che deriva dall'esistenza dei fenemeni.

Ora in generale l'immagine che i contesti esaminati hanno dei servizi non è totalmente negativa.

C'è da chiedersi però se questa relativa positività non vada interpretata come un giudizio di funzionalità nell'accettazione di quella modalità di elaborazione piuttosto che un giudizio d'efficacia ed efficienza relativamente al lavoro con le persone in disagio o devianza....

Il rischio che appare è che questa modalità di pensiero confermi una visione dei fenomeni di devianza e disagio come elementi di minaccia da espellere dal proprio universo di vita e di cultura e non come parte del proprio universo ( parte con cui interagire).

Vi sono anche altre questioni collaterali.

Da un lato sembra che la cultura che i servizi esprimono sui fenomeni incida poco o nulla sulla formazione delle rappresentazioni sociali che i contesti si fanno. Dall'altro si constata che sono più le reti (o meglio una parte di questo campione) a mostrare un atteggiamento potenzialmente d'alleanza con i servizi.

Appare però tutta da costruire questa comunicazione e alleanza e forse anche una cultura comune dei servizi.

Questione centrale nella costruzione delle rappresentazioni sociali dei fenomeni appare la posizione che ad essi viene attribuita relativamente alla coppia vicinanza – lontananza e pericolosità – non pericolosità. Nel determinare questa posizione la categoria famiglia ha un peso molto importante

Le inferenze che faremo per illustrare questa affermazione sintetica sono state ricavate dall'esame dei seguenti calcoli da un lato abbiamo esaminato le differenze tra le risposte agli item in cui compariva un fenomeno con la parola "famiglia" e lo stesso senza questa indicazione, dall'altro i risultati dei coefficienti di correlazione applicati agli item che individuavano le coppie di cui al titolo del paragrafo.

Potremmo dire, semplificando, molto, che la "difficoltà" centrale che appare nell'universo investigato è, a diversi livelli, la relazione con l'alterità. L'altro (che sia una famiglia in difficoltà o tossicodipendente, immigrato o povero, handicappato mentale o fisico la situazione si presenta abbastanza simile) se ha una famiglia, non violento e lavoratore non è percepito come minaccia ed è considerato vicino o avvicinabile, se l'altro è sigle, viene da lontano, è giovane, non lavoratore e magari anche violento è percepito come minaccioso e inavvicinabile. In particolare la famiglia appare come un mediatore fondamentale nel decidere la posizione dell'altro.

Invero è più l'idea della famiglia che la famiglia in quanto tale. Questa categoria va intesa come categoria appunto e non come fenomeno. Così come la vicinanza lontananza più che di spazio e intesa come vicinanza e lontananza di tempo.

Tanto più l'altro è percepito come minaccia o inavvicinabile tanto più sale la richiesta ai servizi di controllarlo e di "fare barriera" tra lui e i contesti. Tutto ciò crea situazioni "curiose": ad esempio se un extracomunitario è anche famiglia, la percezione di minaccia cala radicalmente; un alcolista solo e autoctono crea il massimo di minaccia..... come anche un nucleo di reinserimento d'ex tossicodipendenti!

Abbiamo detto che abbiamo molto semplificato. L'obbiettivo era quello di far capire che nella costruzione sociale dei fenomeni e quindi nella percezione degli interventi e dei servizi centrale dovrebbe essere l'introduzione di una maggiore complessità e razionalità nel definire i fenomeni da parte dei contesti, altrimenti le domande che vengono fatte a chi se ne occupa rischiano d'essere domande "senza possibilità di una risposta percepibile come soddisfacente".

I processi tipici di elaborazione collettiva della realtà percepita e rappresentata sono presenti anche nelle reti e soprattutto nelle reti delle reti. Ci riferiamo alla pratica della lamentazione, alla proiezione al di fuori del contesto delle ragioni del disagio, ecc... Tuttavia si presentano anche forme di elaborazione molto meno scontate e importanti per costruire una pratica e una cultura della cura

I calcoli fondamentali da cui abbiamo dedotto quanto segue sono state le fattoriali fatte sulle domande con item che esprimevano la posizione relativamente ai fenomeni oggetto della ricerca e l'analisi del modo con cui si costruivano sottogruppi di soggetti a seconda del tenere fermi come risposte quelle chiaramente riferibili alla lamentazione o alla proiezione, ecc....

In generale le reti e le reti delle reti manifestano una visione tendenzialmente pessimista relativamente ai fenomeni oggetto di indagine: si lamentano della persistenza dei fenomeni, pensano che la causa di questa sia sostanzialmente da attribuire ad altri attori che non siano loro stesse e che si possa far poco per affrontare le questioni del disagio e della devianza.

Manifestano, però, anche un certo grado di fiducia sul miglioramento della condizione dei soggetti coinvolti nel disagio o nella devianza, manifestano un'opinione tendenzialmente non molto corretta verso il lavoro dei servizi (seppur con dei distinguo), mostrano un'opinione verso l'handicap soprattutto fisico sostanzialmente con pochi elementi di pura minaccia o rifiuto, manifestano una notevole disponibilità ad impegnarsi.....

L'impressione che si trae è quella di contesti e attori che non riescono più a riconoscere dentro il proprio modo di rappresentare la realtà le forme che dovrebbe assumere il paradigma della cura come attenzione piuttosto della cura come controllo o della cura come terapia. Detto in modo più semplice, la virtù che consente ai contesti sociali d'approcciarsi al disagio, alla sofferenza e alla devianza senza paura e senso dominante di minaccia (e quindi consente di affrontarli meglio) è quella della cura che significa considerare l'altro in quanto altro prima d'ogni giudizio o discorso che su di lui si possa fare. Questa virtù appare residuale nei campioni esaminati. L'altro è visto come qualcuno da controllare e da guarire per riportarlo ad essere simile a noi, non altro in quanto altro....

Forse questo è anche determinato dal fatto che i servizi non riescono a fare della loro esperienza quotidiana (della cura come attenzione) una "testimonianza", poiché rincorrono e pensano più efficace l'immagine dello "specialismo" o quella, ad esempio, della lamentazione ecc.. che, allora non a caso, compare anche nei contesti.

Il modo di pensare e rappresentare la realtà dei fenomeni presi in considerazione, da parte contesti esaminati appare irriducibile e complessa ma dotata di senso e orientata. Se dovessimo sintetizzare questo orientamento potremmo farlo nel seguente modo: più si produce compatibilità e consonanza tra i fenomeni di disagio e devianza e l'interpretazione che si da della realtà, più questi non verranno percepiti come minaccia .... i servizi sono preposti a questo compito

Le rappresentazioni sociali che emergono dalla ricerca sono come degli iceberg: le forme che appaiono sopra la superficie (le opinioni diremmo, semplificando) sono tendenzialmente orientate in un senso, ma ciò che le sostiene (ciò che sta sotto la superficie) è dieci volte più complesso e articolato. Al di là, infatti, delle opinioni espresse v'è un universo di posizioni complementari e simmetriche alle stesse che ne fanno un corpus complesso e in grado di consentire a tutti gli attori sociali di contemperare, nello stesso tempo e modo, a due esigenze apparentemente o potenzialmente contraddittorie: quella di sentirsi parte di un sociale e di individuarsi anche diversamente da esso.

Da questo punto di vista il disagio e la devianza non sono tanto una minaccia per le conseguenze concrete che potrebbero produrre, quanto un oggetto materiale e simbolico (una parte dell'iceberg di cui sopra) che consente a tutti gli attori di collocarsi e di definire la propria posizione sociale e soggettiva; i servizi appaiono come soggetti che consentono questa dinamica, anche tramite le operazioni dirette e indirette di controllo che compiono.

Per dirla in modo più semplice, ciò che implicitamente si chiede ai servizi è di non mettere in discussione l'autoreferenzialità delle organizzazioni a cui appartengono, di consentire la conformità sociale piuttosto che di guarire, sanare o eliminare il disagio e la devianza; di rendere compatibile queste ultime con la persistenza delle dinamiche ordinarie piuttosto che di produrre cambiamento o omeoresi (cambiare per non cambiare) piuttosto che trasformazione.

I contesti investigati e le istituzioni che li governano appaiono in una potenziale contraddizione tra ciò che dichiarano di volere e ciò che in realtà manifestano con i fatti....non è un caso che per la tossicodipendenza, ad esempio, tutti affermino che tra prevenzione cura e repressione il primato dovrebbe andare alla prevenzione, poi alla cura e solo residuale

dovrebbe essere la repressione, ma poi i bilanci sociali dicono che la spesa è così tendenzialmente distribuita: 60% per la repressione, 35% per la cura e 5% per la prevenzione...!!!!

# Le indicazioni strategico-operative che conseguono alle inferenze molto sinteticamente su descritte

Se vogliamo rendere più efficaci ed efficienti i servizi (pubblici o del privato sociale poco importa) e più incisiva, efficace ed efficiente la progettazione bisogna operare perché diventino sistema (indipendentemente dai fenomeni che trattano) e si costituisca una cultura congruente e trasversale

L'efficacia e l'efficienza dei dell'azione dei servizi potrà aumentare se si passerà da una logica settoriale ad una logica di sistema. Ciò significa che tra gli operatori dei vari servizi bisognerà costruire un processo (anche di formazione) che li faccia diventare un soggetto sociale in grado di "parlare" in modo congruente con il sociale.

Non si tratta, infatti, di "fare rete" coordinamenti o piani ecc.... si tratta di costruire un processo che continuamente interagisca con il fuori dei servizi più che occuparsi di dare una forma al dentro.

Abbiamo visto come la percezione sociale del disagio, della devianza e della "minaccia" è una visione che il contesto ha in modo congruente, in parte indipendente dalle differenze tra i fenomeni.

La logica della chiusura negli aspetti specialistici tipici d'ogni operazione di trattamento dei sintomi non incide per nulla nella formazione delle rappresentazioni sociali se non per quanto riguarda l'incentivare i processi di totale delega che costruiscono distanza e, alla fine, percezione d'inefficacia.

Bisogna cambiare radicalmente questa logica. Chi lavora nei centri di accoglienza o nei Sert o diventa portatore anche di una cultura trasversale o è destinato a restare ininfluente.

Costruire questo gruppo di operatori, magari integrandolo con altri soggetti, come minoranza attiva pare l'unica strada che consenta poi di pensare a strategie di cambiamento credibili. Per far ciò appare chiaro che la sola formazione non basta. Occorre anche fare esperienza comune di intervento sui processi su cui abbiamo investigato. Occorre dare seguito al progetto "Cambia-menti" rivisitandolo e ridefinendolo sulla base dei risultati della ricerca.

Se vogliamo rendere più efficaci ed efficienti i servizi (pubblici o del privato sociale poco importa) e più incisiva, efficace ed efficiente la progettazione bisogna costruire una strategia (anche di immagine) comune di comunicazione con la complessità dei contesti in cui lavorano

Sono stereotipi le affermazioni del tipo "i servizi non servono a niente" "gli operatori pubblici non sono capaci" ecc...

C'è molta più complessità e sfumature nella realtà esaminata. Vi sono soggetti che sono potenziali alleati nella promozione di una cultura della cura e della prevenzione: vanno contattati e messi in rete. Vi sono soggetti (vedi le persone oltre i 60 anni e non solo) che manifestano una maggiore paura e insicurezza di fronte a certi fenomeni: bisogna pensare a strategie e progetti finalizzati alla diminuzione della percezione di minaccia che questi manifestano. Vi è un grande equivoco che è conseguenza di quella percezione: che i servizi pubblici o privati abbiano come compito quello della "guarigione" dei fenomeni percepiti come minaccia e non quello della cura e della prevenzione. Bisogna incidere sulla forza di quest'equivoco.....

Insomma bisogna pensare ad una strategia d'immagine dei servizi che ne promuova e faccia conoscere la cultura, che contrasti i paradossi che abbiamo illustrato, che metta in comunicazione e non favorisca la delega...ecc....

Sia chiaro che quando parliamo di strategia d'immagine non ci riferiamo affatto ad articoli di giornale, opuscoli conferenze o simili....queste modalità sarebbero ben poco efficaci.

Ci riferiamo piuttosto alla ripresa di una modalità di lavoro che fa parte, anche se va attualizzata, della storia dei servizi alla persona.

Negli anni 60 e 70, ad esempio in città come Torino, Bologna, ecc.... assistenti sociali, educatori, medici, psichiatri, ecc... lavoravano molto nei contesti di immersione dei casi, erano visibili e conosciuti dalla gente dei quartieri e delle zone e avevano per questo una credibilità e un prestigio che derivava dall'essere lì dove i fenomeni si manifestavano....così erano più attivatori di cultura e risorse che di prestazioni e pratiche.....più in grado di intervenire in fase precoce che di rincorrere le emergenze.....

Nessuna nostalgia per i tempi andati. Solo la convinzione che quelle modalità erano il frutto di una riflessione scientifica di almeno 50 anni, di maestri come Freud, Winnicott, Erickson, Jaspers ecc...di un solido e, purtroppo, quasi dimenticato, patrimonio di teorie ed esperienze! Oggi tocca a noi reinterpretarlo, rirealizzarlo, attualizzarlo e continuarlo.

Se vogliamo rendere più efficaci ed efficienti i servizi (pubblici o del privato sociale poco importa) e più incisiva, efficace ed efficiente la progettazione bisogna costruire una strategia che introduca maggior complessità nella costruzione sociale dei fenomeni

Appare del tutto inutile, di fronte alle forme e ai modi con cui si manifesta la costruzione sociale dei fenomeni, pensare di agire attraverso la "contro-informazione" o altre modalità che ingenuamente pensano la stessa come un errore o una semplificazione.

In realtà quel modo di costruire così complesso e articolato ha un senso e costruisce un significato o più significati sociali.

Se partiamo da questo punto di vista ciò che si può pensare di fare è di costruire attraverso i progetti e attraverso l'esperienza operativa dei servizi delle situazioni cicliche che consentano ai vari attori sociali di sperimentare (fare esperienza) le implicazioni meno conosciute dei fenomeni in oggetto.

Penso ad esempio a che cosa accadrebbe se fosse possibile, anche solo in termini di simulazione, fare esperienza di ciò che vuol dire vivere come un barbone, o cosa significa per un bimbo essere abbandonato, o cosa significa improvvisamente trovarsi poveri o immigrare. Ciò suppone però un'elaborazione e un'attenzione particolare al fare dell'esperienza dei servizi qualche cosa di rappresentabile per i cittadini e non solo per gli addetti ai lavori. Suppone un cambio di paradigma.

Se vogliamo rendere più efficaci ed efficienti i servizi (pubblici o del privato sociale poco importa) e più incisiva, efficace ed efficiente la progettazione bisogna ridare primato culturale e pragmatico al paradigma della cura verso le condizioni di disagio e devianza e bisogna che questo paradigma diventi anche sociale.

Chiariamo cosa intendiamo per paradigma della cura prima di fare le proposte operative.

Nulla vi è di più nobile. Il prendersi cura dell'altro, in quanto altro, prima d'ogni "parola o gesto o agito", il farlo per il solo fatto che egli è persona, indipendentemente da qualsivoglia caratteristica che lo "individui", è certamente forma di una virtù nobile.

Questo concetto rimanda a perlomeno tre sistemi di significato. Il primo si riferisce a ciò che, come sinonimo, va sotto la voce "amministrazione", "controllo" e "gestione"; il secondo a ciò che, come sinonimo, va sotto la voce "trattamento", "terapia" e "guarigione". Infine il terzo rimanda a "attenzione", "esitazione" e "condivisione".

#### Cura come controllo

Questa prima tipologia del concetto di cura rimanda ad un agire governato da un mandato e da un fine pre – scritto: come tale indipendente dalla relazione con l'altro in quanto altro e dall'interazione tra questi soggetti e il loro contesto di significati e significanti. L'altro è oggetto di cura e come tale sottomesso alla pratica e alla volontà di potenza del curatore. Il paradigma è la passività dell'oggetto, non cambia o si cambia, ma è cambiato. Come oggetto ha un luogo dove è depositato e si deposita: la stanza del colloquio ad esempio. E come oggetto ha un tempo predefinito: la vuota ripetizione di gesti e pratiche che non si fanno rituale produttore di senso, ma riproducono costantemente un ritorno circolare.

In questo paradigma è all'opera una politica dell'intrattenimento nel suo duplice significato di tempo insensato (senza possibilità di senso) sempre uguale a se stesso e d'impotenza

(impossibilità di potere) come soggetto e come persona dato che è oggetto, conferma dell'impossibilità di superamento della sua condizione. In realtà quindi in quest'accezione della cura non vi è incontro tra due bios graphos, tra due soggetti, non vi è neppure sfondo o contesto in interazione tra questi e il loro mondo ....vi è automatismo organizzativo, dispositivo tecnologico, ecc....cose....

L'altro in quanto altro, in quanto corpo, in quanto parola, in quanto storia è ridotto al silenzio. La parola è muta, la domanda è muta così come la risposta, sottoposte entrambe all'imperativo del non senso, del non significato.

Il sentimento dominante è quello della vergogna, della colpa sancita dalla disuguaglianza che fa di uno il curatore e dell'altro colui che deve essere curato. La negazione è il meccanismo della relazione e dell'azione. L'altro non è Mario, Maria ....una vicenda umana; l'altro è un tossicodipendente, un depresso, un barbone...è ciò che io dico che fa, non è in quanto è.

Come tale la sua identità è ridotta al fare, il suo corpo ad oggetto e così via.

Nella cura come controllo la ripetizione è la regola. Ciò non consente né la costruzione di una storia che per un tempo sia storia comune né quel "accompagnare" che i maestri indicano come la posizione della cura. Nella cura come controllo il processo di conoscenza è pre-sunto e "serve" ad oggettivare l'altro non a dargli dignità d'esistenza.

In questa temporalità vuota e ripetitiva non vi è spazio per un'attesa che preluda alla possibilità del reciproco riconoscimento e consenta lo stupore che è proprio dell'inatteso.

La spiegazione domina sovrana rispetto alla con-prensione, con-passione e qualsiasi altro con.

Ciò comporta che l'inatteso non sia mai tale. Tutto è da pre-vedere. Anzi in questa viene giudicata l'efficacia (mortifera invero) della cura come controllo: nella sua capacità di non farsi sfuggire niente.

Nella cura come controllo la soggettività è interpretata come minaccia. È per questo che la procedura come pratica uniformante prende il sopravvento. Lo spazio e il tempo, luogo dell'interpretazione soggettiva sono espropriati e standardizzati in modo tale che espressione, dialogo o conflitto creativo siano ricondotti ad unifor-mità, mono-logo, sedazione

Così il corpo e l'anima sono anestetizzati dalla continua ripetitività (simulacro in fondo proprio del ripetere tipico della condizione della sofferenza).

Il controllo è intrusione, negazione del desiderio, oggettivazione....perversione e distruzione. L'altro in quanto altro è ridotto all'affermazione dell'io della norma non interpretabile, se ciò non avviene, l'altro scompare a sé e all'esistenza.

La prassi è mortifera e onnipotente (come quel io).

#### Cura come guarigione

Una seconda forma della cura è quella che rimanda al paradigma clinico della terapia, ossia a ciò che "procede" in modo tale da ripristinare uno stato del soggetto antecedente alla "malattia"; in quest'ambito pertanto il concetto di cura si esprime come guarigione, inscrivendosi nel paradigma positivista della medicina ( che per fortuna non è unico ed è fortemente in discussione).

Dentro questo paradigma sta un errore epistemologico grave e un atteggiamento prescientifico.

L'errore sta nel pensare che la malattia è solo e unicamente dis-funzione. In questo modo s'ignora che essa è esperienza, comunicazione, significante....è, quindi, luogo di produzione di senso se tale la si considera. Perdere il senso di quest'evento significa ridurlo ad epifenomeno, a "dato" da togliere, e basta (mentre è un dato da leggere e interpretare)...il che è una contraddizione.

L'atteggiamento prescientifico consiste nell'implicita onnipotenza che sta in quest'approccio.

Paradossalmente il paradigma positivista è più dell'ordine del sacro che dello scientifico, poiché si avvicina alla potenza sacra di quel "divino" dal quale cerca di sottrarsi per costruire un proprio autonomo statuto.

Nega il processo e come tale nega la cura che sempre è processo

Lo nega poiché si fonda sulla scomposizione in atti (la cui somma com'è noto non fa mai il processo): scomposizione degli atti di conoscenza, successione in fasi, riduzione della complessità dell'esperienza patologica, cesura tra malattia e malato, primato del risultato sulla ricchezza complessa dei processi.

L'ospedale (anche se, non a caso, oggi si mette sostanzialmente in discussione) nella sua organizzazione n'è lo specchio evidente.

Lì il corpo è segmentato e separato dalla persona.

Lì la specializzazione non è conoscenza ma funzione della segmentazione.

Lì esiste un'unica mente anch'essa separata dal corpo, tanto che il discorso è incomprensibile non perché prudente e rispettoso (come le parole dello sciamano) poiché cosciente della sua falsificabilità...è incomprensibile perché separato e autoreferenziale.

Che il 30% delle malattie si contraggano in ospedale, come dice l'OMS, non scalfisce dunque nulla dell'onnipotenza di quel paradigma...essendo divino è intoccabile.

Lo statuto della cura come guarigione sta nella dis-parità, comunque, d'ogni interazione. Vi è colui che attende (il paziente) e colui che è atteso (il curatore). Colui che attende è silente nel senso che la sua parola è funzione del curatore o non è. Egli risponde (bene o male viene giudicato dal curatore).

Non esiste dialogo

Non esiste perché il malato è tale perché non è significativo; è significato dalla parola e dalla prassi di un altro che è "sopra" di lui. Egli è sintomo. Egli è parte, segmento.

La relazione tra malato e medico si basa sullo scambio tra abbandono fiducioso alla tecnica da una parte e dalla promessa di guarigione dall'altra.

E il ciclo è perfettamente autoreferenziale e autoproduttivo. Anche qui tra onnipotenza del curatore e debolezza del curato non esiste via d'uscita se non nell'adesione (il più possibile e, ovviamente, il mai totalmente realizzabile) del secondo al "modello" definito dal primo.

#### Cura come attenzione

Se nella cura come controllo e come guarigione è all'opera un paradigma interpretativo e produttivo centrato sulla tecnologia, saperi codificati, potenza definitoria della parola, in questo caso è la relazione e la condivisione delle esperienze a marcare le pratiche conoscitive ed operative. E', in altri termini, un ambito all'interno del quale si esprime un codice materno e femminile.

Nella cura come controllo e come guarigione il tempo centrale è quello dell'emergenza. Non a caso il pronto soccorso è il cuore dell'ospedale. Ciò che emerge è degno di cura, che sia l'atto definito deviante o l'allontanamento da un modello precodificato di salute definito come malattia

L'emergenza suppone un sommerso, come nella metafora dell'iceberg. Ciò che è sommerso (e che sostiene ciò che emerge....) è l'altro in quanto altro, è il tempo e la storia della persona, è il contesto d'immersione di quella persona e di quella storia, è la quotidianità, ecc...

Nella cura come attenzione ciò che è sommerso è il centro del processo di cura, o meglio non v'è più distinzione tra sommerso ed emerso ma "dialogo", processo.

Nella cura come controllo lo sguardo è indagante persecutorio e primitivo, nella cura come guarigione lo sguardo è interpretante e "chirurgico", nella cura come attenzione esso è relazione che cerca senso e cerca di dare e darsi senso.

Nelle prime due modalità della cura v'è bisogno di un modello, di un processo d'idealizzazione. Questo, come spesso accade, piega la realtà fenomenica alla necessità onnipotente del curatore. Egli se pure dichiara limiti in realtà, li dichiara nella certezza che un domani quelli saranno superati o che appartengono al paziente, colui che attende.

Nella cura come attenzione l'attesa non si esprime con il compimento dell'evento ma nella disponibilità emotiva e nel coraggio cognitivo nei confronti di ciò che può accadere ora e altrove.

Nella cura come controllo tutto si ripete, nella cura come guarigione l'indice del curatore disegna una retta via, nella cura come attenzione non si dà nessun orizzonte trascendente alla

cura; è la mano 1 concava che accoglie, accarezza, soddisfa il bisogno qui ed ora e, al tempo stesso, costruisce gli ambienti e cura i contesti.

Qualcuno può chiedere dove e chi?

Ovunque tecnica e professionalità non sono sinonimi, ovunque la diagnosi non è una sentenza, ma un processo di conoscenza connotato da reciprocità, dove il tempo della relazione non è negato dall'agito, ovunque l'umiltà prevale sulla potenza, ovunque ciò che si fa non nega ciò che si è solo in relazione)....ovunque vi sono professionisti e servizi che non negano l'altro in quanto altro!

Mi si scusi la lunga digressione, ma questa è la questione centrale e credo che valga la pena essere molto precisi.

Promuovere questo paradigma significa concretamente da parte dei servizi: condividere e riproporre questa modalità del loro operare, uscire dalla pura logica ambulatoriale e riconnettersi con i contesti territoriali, costruire biografie (bios – graphos: segni d'esistenza) più che guarigioni, uscire dalla logica dell'accettazione delle deleghe e riimparare a dare competenze e capacità ai soggetti e ai contesti, ecc....

Anche nella progettazione tutto ciò ha conseguenze. Molti progetti sono del tipo "a bisogno dichiarato tento di rispondere" e/o "compio azioni e interventi" (a dire il vero i bandi dei progetti inducono molto queste logiche e solo queste) piuttosto che "cerco di far emergere il senso e il significato anche sociale del bisogno dichiarato" e/o "innesco e partecipo a processi.

Se vogliamo rendere più efficaci ed efficienti i servizi (pubblici o del privato sociale poco importa) e più incisiva, efficace ed efficiente la progettazione bisogna rinegoziare la mission e soprattutto lo stile con cui operano e progettano in modo tale da farli diventare "mediatori" tra i cittadini che vivono e interpretano il disagio e la devianza e i contesti di cittadini che chiedono di essere confermati nei loro modi e stili di vita.

Il pensiero onnipotente e moralistico che pensa attraverso una sorta d'ingegneria sociale e relazionale di cambiare le dinamiche profonde con cui i contesti sociali regolano il disagio e la devianza è destituita d'ogni credibilità, efficacia ed efficienza.

Se è vero, come è vero, che la dinamica sociale è la dinamica dei liquidi e non dei solidi, bisogna incominciare a pensare ed ad operare in un altro modo (anche nella progettazione degli interventi e dei servizi).

Mi pare che quattro sono i punti su cui pensare e agire. Il primo (anche se ciò può sembrare poco pertinente) è quello di riflettere sulle forme organizzate che si definiscono servizi. I servizi alla persona, pubblici o del privato sociale, curano poco la loro forma organizzativa. Il modello prevalente è quello fondato sulla logica dell'organizzazione sanitaria ancora troppo spesso centrata sulla specializzazione, sul modello d'organizzazione gerarchica, sulla gerarchia implicita delle professioni, ecc... Il problema, lo abbiamo già detto, è che la realtà su cui operano è una mela non un'arancia scomponibile.... Insomma le organizzazioni che dovrebbero produrre il cambiamento nei soggetti e nei contesti hanno un'organizzazione poco adatta a questo compito; non appaiono agire come un team di ricerca che lavora sulla fisica delle particelle elementari.... Eppure la realtà sociale è ben più complessa di quella delle particelle.....

Il secondo riguarda la soluzione del conflitto quasi sempre presente (e non a caso sottolineato dalla ricerca) tra il lavoro sul caso, sul paziente, cliente utente come lo si voglia chiamare e la consapevolezza che la dimensione sociale e di contesto gioca, a tutti i livelli, un ruolo centrale proprio negli interventi sul caso, sul paziente, cliente utente. Lo gioca perché la quantità di risorse disponibili per questi interventi dipende dal contesto, appunto, perché la domanda esplicita che viene posta ai servizi è posta dal contesto, appunto, lo gioca perché il valore sociale del loro lavoro è dato dalla loro capacità di rispondere non soltanto alla domanda del paziente ma soprattutto alla domanda del contesto....

Tutto ciò incide pesantemente sull'interpretazione della mission dei servizi, la rende spesso confusa o confusiva, incerta, frammentata. Le due risposte prevalenti "tutto sul paziente" quindi specializzazione (che, lo rammentiamo, non necessariamente corrisponde a professionalità...) centralità dell'attività ambulatoriale, ecc... o "tutto sul contesto" quindi azione

\_

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> E' Gadamer (1994) a sottolineare la stretta connessione tra cura e mano

sugli attori sociali (scuole, quartieri, animazione, prevenzione) rifiuto della specializzazione (e anche questo non necessariamente corrisponde a professionalità...) ecc.. appaiono risposte deboli per non dire di peggio.

È necessario rinegoziare la mission con tutti gli attori, per definirsi e consentire una dialettica e un dialogo che sia reale e non un inganno reciproco, riacquistare un controllo sulla propria e altrui immagine per evitare i paradossi relazionali e interattivi di cui, purtroppo è pieno il sociale (tipo: chiedi più risorse per curare e poi non sei capace di contenere i fenomeni che dici di curare...), ritrovare nella pratica un equilibrio non cervellotico tra cura e prevenzione, ecc...

Il terzo riguarda il pensare tutto il proprio agire secondo i paradigmi del sapere scientificamente fondato. La questione non è tanto quella di dare una veste di moda o di agganciarsi con un valore forte. La questione è piuttosto quella di chi sa che quando si lavora su sistemi complessi e "instabili", su processi e non su atti, il metodo scientifico è l'unico che garantisce la correttezza del lavoro. Con il lavoro che abbiamo iniziato appena due anni fa abbiamo cominciato a lavorare in questo modo insieme a soggetti estremamente diversi tra loro: da coloro che fanno scienza e ricerca scientifica di professione a persone che nulla sapevano di metodologia scientifica.

Il fatto che siamo arrivati sin qui dimostra che il metodo scientifico non è questione da addetti ai lavori. Si può tradurre in processi a cui, chi vuole, può partecipare come protagonista. Ora agire secondo i paradigmi e lo statuto scientifico significa reintrodurre nella pratica quotidiana uno stile di documentazione, una pratica della ricerca, una modalità di confronto tra saperi e pratiche, ecc... che possono radicalmente cambiare la posizione dell'attore sociale che porta il nome di servizi alla persona.

Il quarto riguarda la capacità di dimostrare tra noi, operatori e servizi, la pratica del dialogo autentico, del rispetto dell'altro in quanto altro, del conflitto non necessariamente diretto alla distruzione dell'altro o all'acquisizione del potere...insomma in una parola un codice etico.

Se non siamo capaci tra operatori di testimoniare, tra noi prima di tutto, i valori e gli stili che vorremo proporre ai contesti come modi di ridefinire il rapporto tra cittadini in disagio o devianza e gli altri cittadini, difficilmente potremo essere credibili e soprattutto "convincenti".

Riacquistare ove si sia smarrita la serenità di una posizione ferma e tollerante ma mai collusiva con gli altri attori, l'uscire da una logica in cui, proprio tra noi, le differenze costituiscono motivo di conflitto distruttivo, ecc... sono solo due delle tante questioni su cui lavorare.

# Gli indicatori di valutazione di processo che si potrebbero usare per misurare<sup>2</sup> i cambiamenti che si dovrebbero verificare se si attivano le strategie indicate nel paragrafo precedente

Se le indicazioni di cui sopra saranno attuate dovrebbe accadere che:

- 1. il gruppo degli operatori dovrebbe diventare (analisi fattoriale e dei cluster) un soggetto in grado di esprimere una cultura congruente e trasversale: un attore sociale potenzialmente capace d'influenza nella costruzione delle rappresentazioni sociali dei fenomeni di disagio, devianza.....e ciò si potrà misurare.
- 2. il mondo di relazione degli operatori, almeno in parte, diventerà un alleato nella produzione di quei processi di cambiamento e ciò sarà esplicito e manifesto ....e anche questo si potrà misurare.
- 3. la costruzione sociale dei fenomeni mostrerà maggior complessità e la domanda e le aspettative sui servizi saranno più compatibili con quello che realmente possono e devono fare.
- 4. la cultura della cura come attenzione diventerà una chiave interpretativa del lavoro dei servizi al punto da diminuire la richiesta di controllo e la percezione di minaccia relativa ai

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> non vi è nulla di deterministico , ovviamente, nelle affermazioni che facciamo come non vi è nulla di deterministico in un autentico processo scientifico.....e fare scienza significa "misurare" tra l'altro.....

fenomeni e l'immagine dei servizi come "da una parte" o sostanzialmente lontani. E anche questo ora siamo in grado di misurare.

5. l'immagine percepita dei servizi sarà costituita da maggiori elementi d'autorevolezza e si avvicinerà all'immagine che gli stessi hanno di sé. In altre parole vi saranno meno distorsioni nella percezione dei servizi da parte dei contesti e dei contesti da parte dei servizi e maggiore controllo reciproco. E anche questo siamo in grado di misurare

Ricordo che siamo partiti dal tentativo di creare le condizioni e gli indicatori per misurare in termini di processo e non di giudizio l'efficacia e l'efficienza degli interventi dei soggetti e dei servizi. Mi pare di poter concludere che in buona parte ci siamo risusciti. Ora il sistema deve essere costruito.

\_\_\_\_\_

#### **P.S.**:

Gli strumenti utilizzati ed il rapporto di ricerca completo a cui ci riferiamo nelle pagine precedenti, è stato riversato su CD – ROM e, questo, distribuito a tutti i partecipanti al Corso ed all'Ente Gestore del Progetto.

Mentre nel percorso formativo precedente si era lavorato intorno alle premesse scientifiche e alla letteratura che fonda l'intervento sociale, in questa seconda fase si è riflettuto sugli strumenti più adeguati per poter diventare una minoranza attiva, cioè diventare un gruppo capace di attivare strategie di influenza efficaci rispetto al sociale. Inoltre è stato costruito un lavoro di ricerca, che rappresenta la concretizzazione del progetto messo in cantiere nella prima edizione. E' stato ideato e costruito un questionario da cui partire per arrivare ad un intervento operativo.

La spinta motivazionale ha origine da un interrogativo che i partecipanti al corso si sono posti fin dall'inizio, e cioè cosa può pensare di fare un piccolo gruppo per restituire dignità e competenza al proprio lavoro e farne un oggetto/soggetto che produca cambiamenti.

Per far questo i partecipanti hanno dovuto appropriarsi (come già fatto nel primo corso) di un nuovo punto di vista : quello dell'analisi di processo.

Per guardare un processo e arrivare al cambiamento bisogna viverlo, starci dentro e soprattutto ciò che si deve osservare sono le interazioni tra soggetto, contesto e fenomeno. Bisogna avere la consapevolezza che ciò che si dice è sempre ciò da cui si deve partire, in questo modo si comprende facilmente che l'espressione dal punto di vista di chi la sta formulando non è la verità, ma che esistono tanti altri punti di vista nessuno dei quali rappresenta la verità. E se si riesce trovare la distanza tra ciò

che uno dice e ciò che ognuno vorrebbe che fosse, allora si può arrivare anche ad un cambiamento e non si rimane così imbrigliati nelle contraddizioni che spesso escono fuori nei tavoli di lavoro.

La prima cosa fatta è stata una profonda discussione sull'organizzazione dei servizi e dell'intero sistema di intervento sociale, che ha generato molti interrogativi sul significato dell'organizzazione, sul senso del fare ricerca sociale, ma soprattutto cosa significa passare dalle pratiche al processo.

E nel cercare di dare una risposta a tali interrogativi si è pensato di fare una ricerca e impostare un protocollo di ricerca trasversale, per ricostruire un tessuto di relazione e/o di alleanze che diano l'opportunità di uscire da una situazione stagnante e ripetitiva. L'obiettivo della ricerca è individuare in seguito una sua traducibilità, un collegamento con la realtà locale in questo modo il gruppo aula può diventare a tutti gli effetti un gruppo di ricerca. creato nel percorso formativo progetto precedente rappresentava un disegno di strategia, ora in questa seconda edizione si è pensato di concretizzarlo, ridisegnandolo e affinandolo teso ad una stretta realtà locale.

Questo nuovo discorso implica un coinvolgimento più profondo, che sottende una sfida che il gruppo stesso fa a se stesso per vedere se è in grado di innescare dei processi per arrivare a dei cambiamenti.

L'idea che caratterizza la ricerca è quella di provare a discutere fino in fondo che cosa si intende per qualità dei servizi, degli interventi e quali strumenti alternativi al modello classico di definizione di misurazione della qualità di intervento si possono utilizzare.

Si decide di fare un tipo di ricerca che possa consentire di capire quali sono le minoranza attive, chi sono concretamente queste persone. Inoltre la ricerca dà la possibilità di capire quali sono le dinamiche della rappresentazione sociale che si giocano nel concreto.

Il gruppo aula, molto coeso, elabora insieme al docente un questionario dove si può vedere come le persone concepiscono l'utente nei servizi sociali. Sono stati distribuiti e analizzati 350 questionari, i questionari sono stati distribuiti alle persone che rappresentano il mondo relazionale di ciascun partecipante.

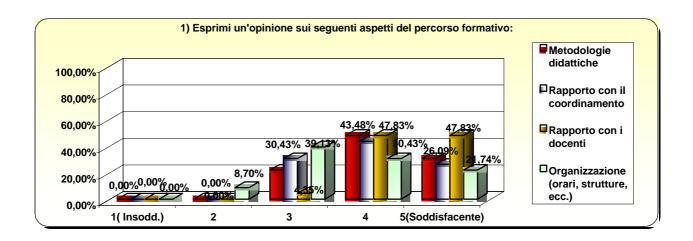
Il vero specchio di un gruppo di lavoro è il suo mondo vitale e la forza e la capacità di un gruppo sta nella capacità di influenzare il suo gruppo vitale, se si riesce a far questo allora il gruppo può definirsi vincente.

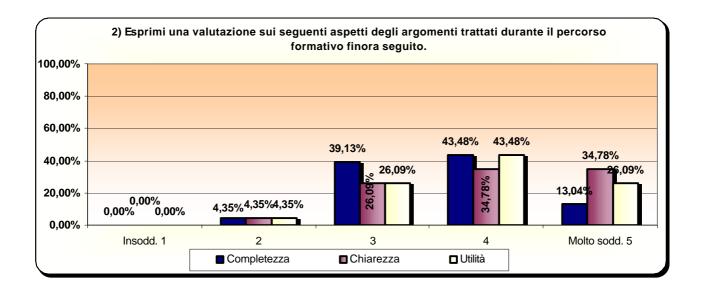
L'importanza della ricerca sta nel fatto che se si vuole arrivare ad un intervento operativo è necessario capire e conoscere la realtà locale, e la sua congruenza con il tutto, ha un grosso significato: vuol dire capire cosa producono quei particolari attori che danno quella particolare interpretazione. Con questi presupposti il gruppo dei partecipanti, riflettendo, discutendo ed elaborando le proprie perplessità nell'affrontare il nuovo punto di vista del proprio essere operatori sociali, ha dato vita ad una ricerca indispensabile per gettare le basi su un intervento operativo di qualità e innovativo. Hanno compreso che un concetto di identità costruito sulle differenze spesso blocca l'individuazione dei processi di gruppo, mentre invece per arrivare a vedere un reale processo di identità tutti gli operatori sociali devono pensare che l'altro si può riconoscere oltre che come diverso anche come eguale.

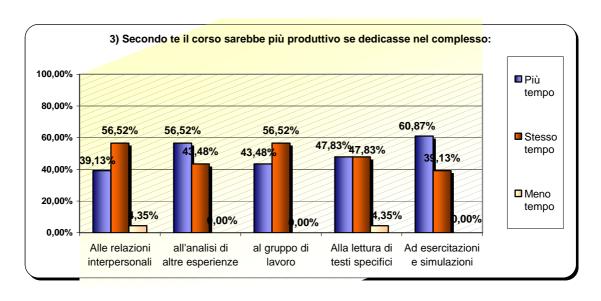
Nelle pagine che seguono riportiamo l'analisi delle risposte ai questionari di gradimento, somministrati sia in un periodo intermedio, sia alla fine del percorso. Infine presentiamo un confronto grafico tra i due momenti.

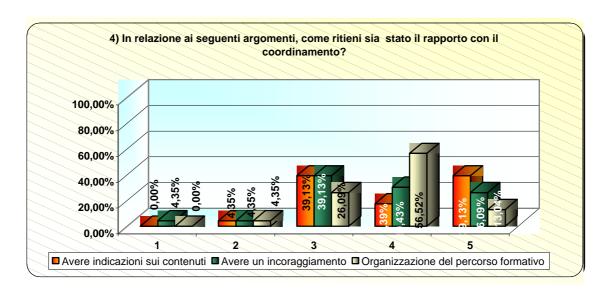
Ricordiamo che per esprimere il gradimento i partecipanti avevano a disposizione una scala di valori compresa tra 0 e 5, dove 5 esprime gradimento positivo massimo.

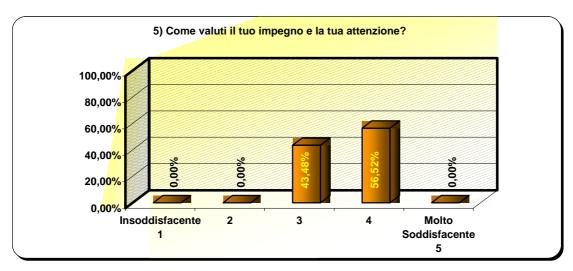
## Questionario di gradimento intermedio



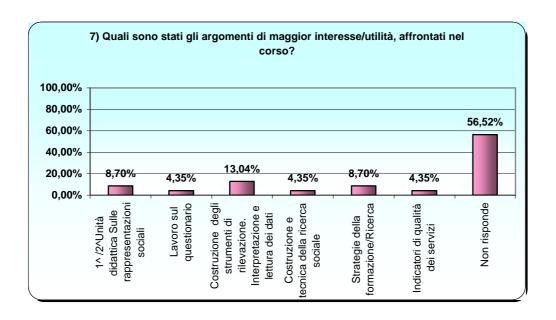


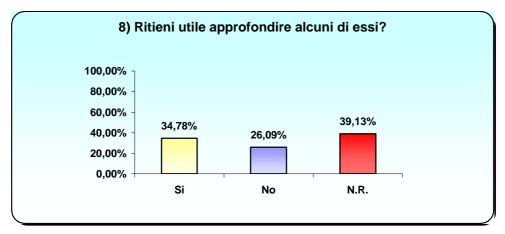


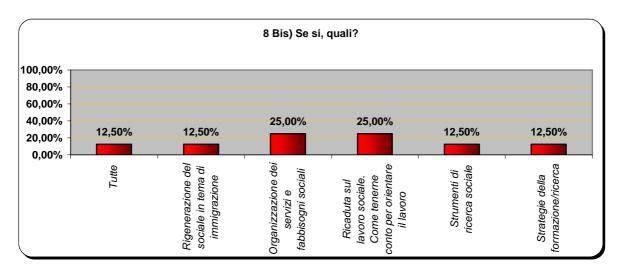


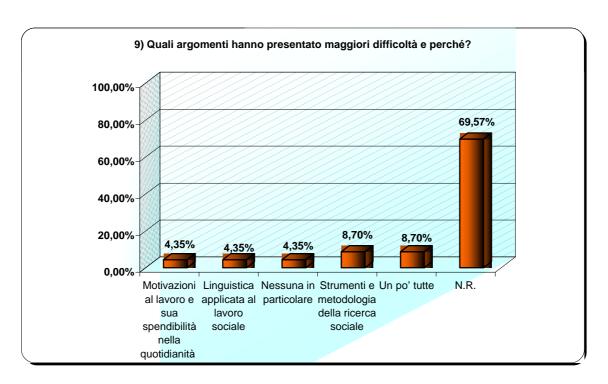


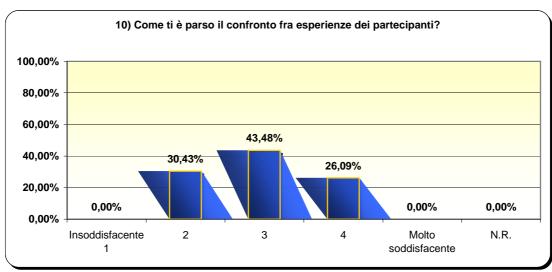


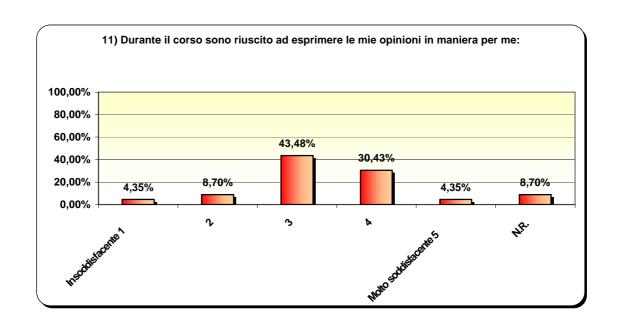


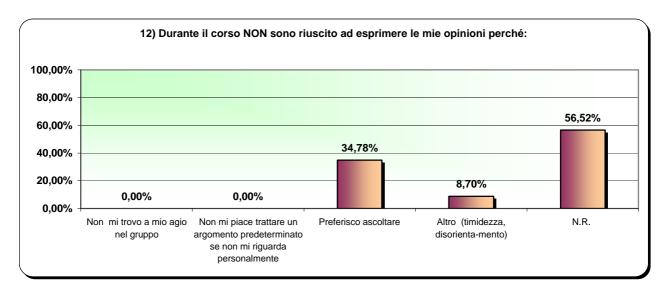


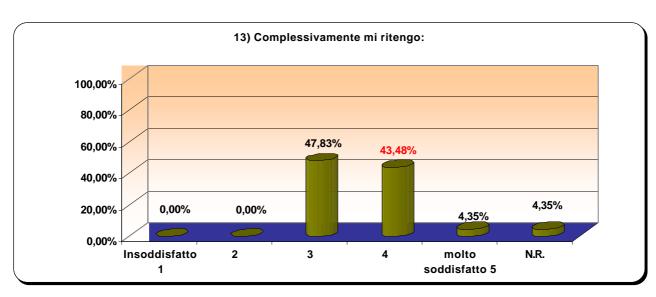


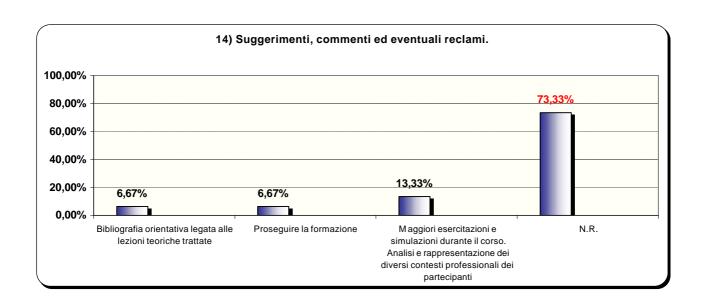




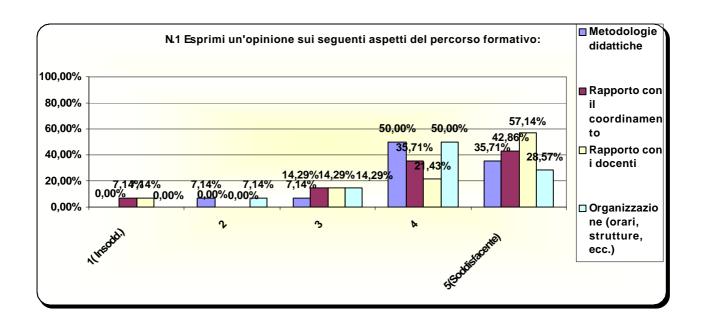


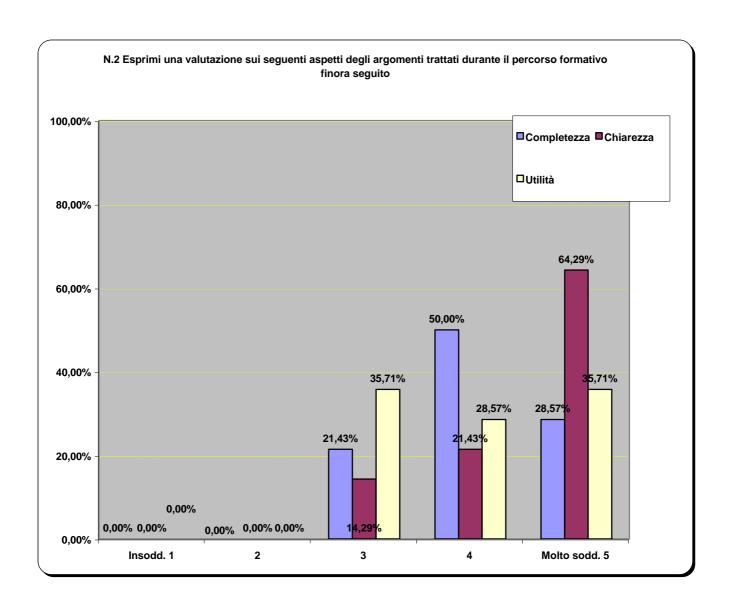


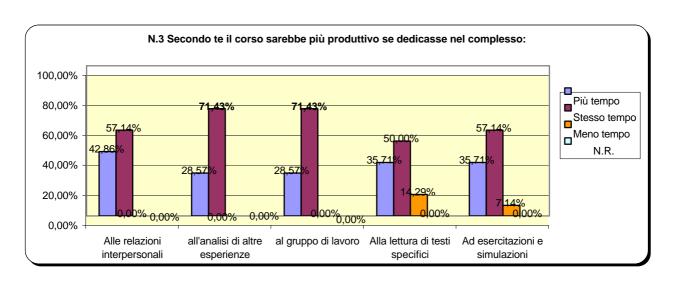


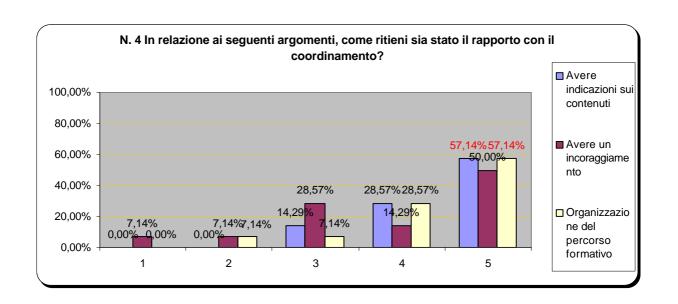


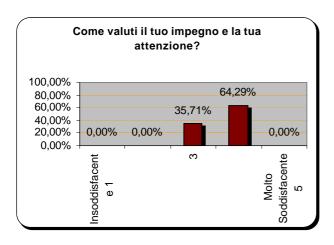
## Questionario di gradimento finale

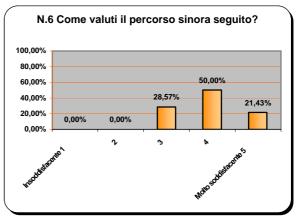


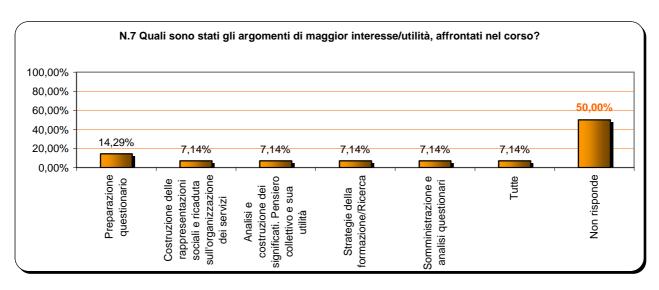


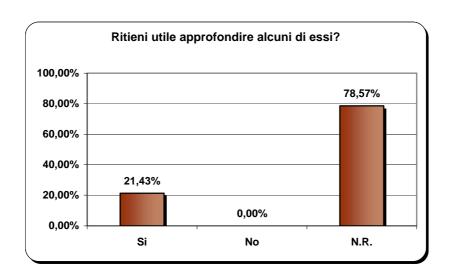


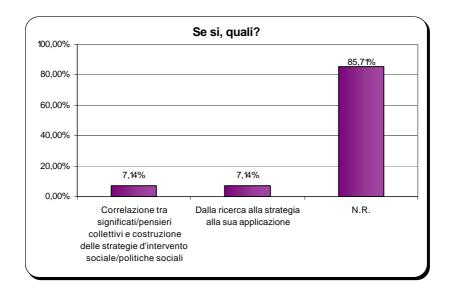


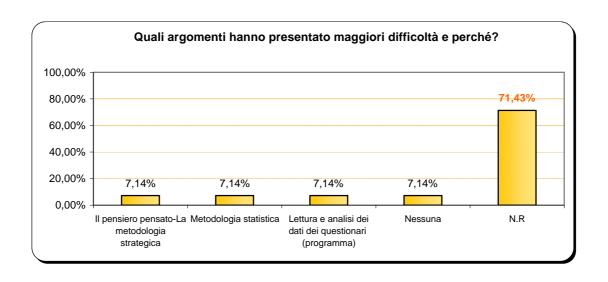


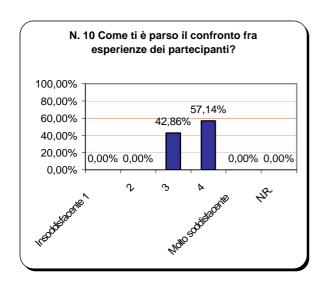


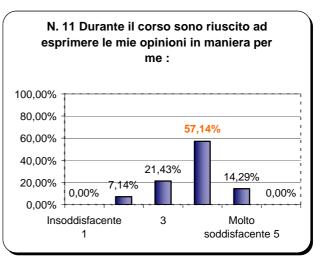


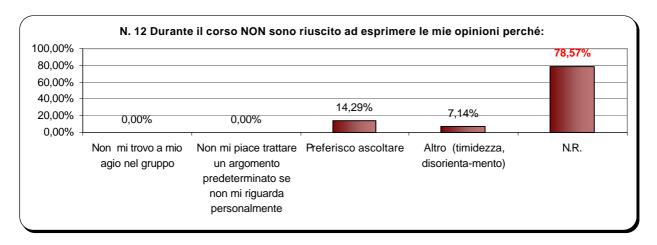


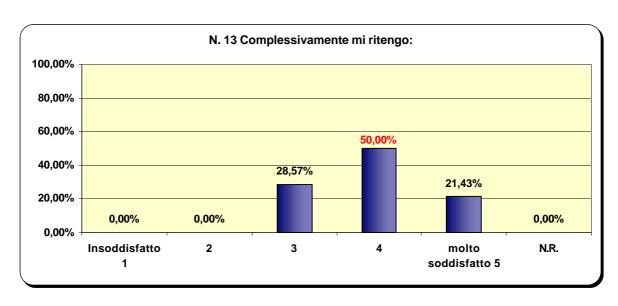


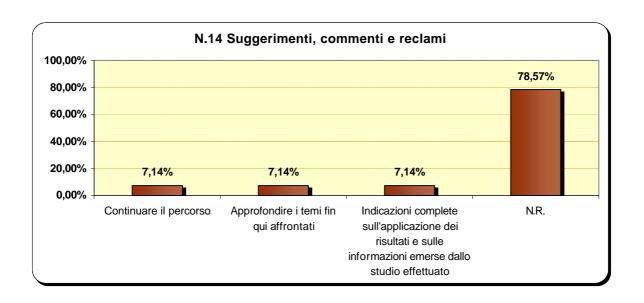












## Confronto tra i due questionari

Qui di seguito elenchiamo alcune tabelle con i relativi grafici che mostrano il confronto tra le risposte date nel questionario intermedio e nel questionario di gradimento finale.

