

Stefania Pinnelli

La valutazione della qualità nei servizi alla persona: i servizi socio-educativi per la disabilità

Abstracts

Il contributo si inserisce nel dibattito scientifico volto a definire le indicazioni per la promozione della qualità dei servizi alla persona e rintraccia i criteri organizzativo-pedagogici utili a orientare azioni ed interventi di monitoraggio e valutazione con specifico riferimento alle agenzie territoriali che operano a sostegno di situazioni di disabilità.

Parole Chiave: Qualità, Servizi alla persona, Disabilità, Socio-educativo, Pedagogia.

The paper is part of the debate about the research of quality indications in the management of person service and describes the principal guidelines to orient action in the construction of human services with specific attention to the agencies which work in situations of special need.

Key words: Quality, Personal services, Disability, Socio-educational, Pedagogy.

1. I servizi alla persona. I servizi socio-educativi

“Si definiscono come servizi di pubblica utilità alla persona (SPPU) tutti quei servizi tesi a migliorare particolari condizioni di vita dell’utente connessi con il suo benessere complessivo (es. salute, istruzione, formazione per il lavoro). Per questo sono spesso indicati come servizi erogati nei settori cosiddetti del welfare quali: istruzione, sanità, assistenza” (Carpita, D’Ambra, Vichi, Vittadini 2006, p. 11).

Vengono cioè compresi nella categoria di Servizi alla Persona alcuni servizi che di solito sono classificati come: servizi sociali, servizi sanitari, servizi scolastici (Dani 2003, p. 9).

Si chiarisce subito che rispetto alla comune attribuzione di senso ed a quanto la letteratura di settore riconosce nell’espressione “servizi alla persona”, rimandando, come si è detto, in modo pressoché esclusivo ai servizi socio-psico-assistenziali e socio-sanitari, in questo lavoro dei servizi alla persona saranno considerati, soprattutto, i *servizi socio-educativi*. Di fatto con questa espressione si intendono comunemente gli ambiti di intervento deputati prevalentemente ai ser-

vizi per l'istruzione, tanto in senso formale - la scuola - quanto in senso informale - contesti familiari e aggregativi. Pertanto il servizio socio-educativo viene ad essere una declinazione di una delle tre macro categorie sopra citate, divenendo all'occorrenza, servizio nido di sostegno alle famiglie, piuttosto che ludoteca in ospedale, piuttosto che servizio di trasporto per la scuola, o intervento educativo e alla genitorialità nell'area minori. Questa appartenenza ibrida ha giustificato anche un riconoscimento 'debole' delle professioni deputate a svolgere il servizio socio-educativo che sovente è diventato terra di frontiera per tutti, spesso con il bene stare di bandi di incarico poco definiti emessi dagli Enti pubblici e privati nella ricerca di personale.

Uno degli obiettivi di questo lavoro è di contribuire a costruire un senso più ampio e al contempo più specifico di servizio socio-educativo come servizio alla persona che non rimanda necessariamente all'intervento scolastico, ma si occupa dei bisogni di *socializzazione* e di *educazione* del cittadino da zero anni in poi. In termini di servizio si tratta di *offrire spazi, strumenti, percorsi, esperienze e sostegni, allo sviluppo del sé, alla promozione del senso di identità e di relazionalità della persona, servizi che comprendano e sappiano offrire adeguate risposte in ragione del compito di sviluppo che il soggetto si trova a vivere. Si tratta di organizzazioni di professionisti che sappiano coniugare la presa in carico dell'integralità della persona in ragione del bisogno di tipo assistenzialistico, medico, psicologico che ella reclama, ma non perdendo mai il punto di vista globale e di integrazione sociale che, soprattutto il portatore di bisogni speciali e disabilità, presenta.*

I concetti di *potenzialità, possibilità e progetto* definiscono il significato del concetto di *Persona*. Il passaggio, infatti, da uomo a persona, processo di umanizzazione (*educazione*), diviene possibile guardando alle singole esigenze personali, uniche e singolari dei soggetti (*progetto personale*) calati all'interno di una comunità nella quale alla base vi è una tavola dei valori culturali (*progetto comunitario*) che ne determina il vivere. Un'idea di *persona* come sistema di possibilità, di scelta individuale, di potenzialità. Il servizio socio-educativo, si configura come *sfondo integratore*, come *gestalt* unitaria e riconoscibile che dà senso e recupera l'attenzione globale - nel considerare ogni ambito di espressione della persona, cognitivo, socio-relazionale e affettivo, e specifica dei bisogni personali - nel considerare ciascuno in ragione del proprio bisogno e della propria unicità - all'interno di percorsi di intervento assistenziale, sociale, sanitario. Sostanzialmente esso è il dato culturale:

“L'educazione è un'attività complessa, che si propone di adattare una cultura alle esigenze dei suoi membri e di adattare i suoi membri e i loro modi di conoscere alle esigenze di una cultura” (Bruner 1997, p. 57).

Tale processo di umanizzazione diviene, così, dinamico e dialogico ed esige azioni professionali e basate su competenze certe che sappiano innescare il processo

di sviluppo, questo è ancorché fondamentale là dove si operi con persone con bisogni speciali. Nei servizi territoriali, destinati al lavoro con i disabili, è auspicabile che sia adottata la proprietà del socio-educativo, al di là del proprio ambito di intervento, come sfondo integratore, come struttura connettiva che riesce a tenere insieme senza immobilizzare (Canevaro, Chierigatti 1999, p. 94) tutti gli interventi e che dia senso generale ad azioni parziali.

Si propone, pertanto, un'attribuzione di senso ampia al significato di servizi socio-educativi che sia comprensiva, del significato più alto di persona, che sfugge alle declinazioni settoriali ed a con-fusioni di competenze che troppo spesso giustificano interventi parziali, monchi che non guardano al benessere generale cliente del servizio e soprattutto non offrono strumenti e percorsi di crescita cognitivo-affettiva-relazionale e di reintegrazione normalizzata nei propri contesti di vita. Si propone, inoltre, il riconoscimento di un'identità precisa di professionista di questo settore che deve aver svolto un ciclo di studio orientato nell'ambito delle Scienze dell'educazione.

2. La qualità dei servizi alla persona

Il presente lavoro si inserisce dentro un dibattito attuale sulla necessità per le organizzazioni che offrono servizi alla persona di condensare energie e attenzioni intorno al tema della "qualità" e alla priorità della valutazione. Voci istituzionali e private sempre più spesso chiedono ai servizi di mettere in atto procedure che consentano di garantire e di evidenziare la qualità della propria attività e di dar conto di quanto effettivamente riescano a realizzare. Tale richiesta ha trovato, negli ultimi anni, un riscontro a fronte di una riduzione generale delle risorse e degli investimenti a vantaggio dei servizi e quindi anche dei servizi alla persona. Il rigore economico degli ultimi anni che ha investito il funzionamento dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari ha portato all'implementazione di percorsi complessi di valutazione e monitoraggio dei processi e dei prodotti dei servizi. Tale fenomeno ha prodotto esiti differenti in ragione dei servizi a cui il controllo è stato applicato – in campo sanitario piuttosto che socio assistenziale piuttosto che psico-sociale – e in ragione del modello di valutazione adottato.

A partire dagli anni Ottanta la parola Qualità è divenuta una parola magica anche nel nostro Paese, ripercorrendo la strada di molte espressioni mutuare da altri linguaggi disciplinari, essa si è progressivamente introdotta nel lessico pedagogico, psicologico e sociale. In campo economico viene proposta la definizione Iso 8402 come "la totalità degli attributi e delle caratteristiche di un prodotto o servizio che concorrono alla capacità di soddisfare esigenze esplicite e implicite del cliente"¹. Una definizione che, accogliendo la rivoluzione culturale giapponese legata alla *cultura del kaizen*², modifica un concetto di qualità legato alla verifica di conformità di un prodotto, con un costrutto di qualità che accompagna il processo di produzione del bene/servizio in ordine a rispondere alle attese/bisogni del cliente

ed a promuovere la soddisfazione dello stesso. Si è assistito, cioè, ad uno spostamento d'attenzione sull'intero processo produttivo e organizzativo nel suo insieme e all'accoglimento di una visione dinamica della qualità non riferita e definita una volta per tutte, ma in rapporto alla domanda espressa dal suo beneficiario. La qualità così costruita è meglio nota come Qualità Totale, ossia, un'inclusione di attributi che esprimono una visione onnicomprensiva del ciclo produttivo nel suo complesso. Qualità *attesa, progettata, prodotta, percepita* da ciascun attore del servizio, una progettualità dinamica che preveda il pieno coinvolgimento e la responsabilità di tutti compreso l'utente o cliente del servizio stesso (Castoldi 1998, pp. 15-16). La centratura sul ruolo del cliente o committente del servizio costituisce il punto nodale del cambiamento sulla base del quale si sono modificate nei vari settori (istruzione, educazione, assistenza, sanità, servizio sociale), le logiche di analisi e di valutazione dei servizi e dei prodotti dei servizi.

Il termine *valutazione* designa un processo continuo di analisi del sistema di progettazione/erogazione di un servizio che consente un riesame permanente del suo funzionamento. Il suo scopo è di migliorare la qualità globale del sistema nei *comportamenti* e nei *risultati* e di adattarlo meglio ai bisogni di tutti i suoi clienti. La valutazione aiuta il processo decisionale, fornendo informazioni opportune al decisore, riducendo la complessità e fornendo indicazioni in merito alla scelta più adeguata.

La valutazione ha come scopo il miglior raggiungimento degli obiettivi che il programma, il servizio, il processo valutato si è posto; in generale, il miglioramento delle condizioni sociali dei beneficiari.

Valutazione è quindi il più generale processo di formulazione di giudizi, mentre *ricerca valutativa* è il più specifico processo di raccolta e analisi dei dati a fini valutativi. Non esiste valutazione, in senso professionale e scientifico, se non fondata sulla ricerca valutativa, che ne costituisce l'elemento fondante, specifico, essenziale.

Nel caso di processi industriali la valutazione della qualità avviene tramite la raccolta e misura di indicatori universalmente riconosciuti come indici oggettivi delle prestazioni del processo. La prestazione del processo può essere misurata in modo che tutti possano comprendere quale è l'oggettivo stato dello stesso, a questo proposito è possibile rifarsi a delle misure "indiscutibili" come il profitto reso all'azienda, la percentuale di prodotti scartati, le vendite annue del prodotto, la fetta di mercato acquisita, etc. Il processo di misura di tale qualità diventa quindi semplice in quanto si hanno a disposizione una serie di valori oggettivi e universalmente riconducibili non solo all'efficacia, ma anche all'efficienza del processo, che possono essere presi come riferimento. Qualunque sia il metodo di misura si avrà sempre il confronto oggettivo almeno, per esempio, con il fatturato aziendale. La misura della qualità in ambito aziendale è quindi facilitata dal fatto che esistono degli indicatori di qualità "complessivi" universali e, soprattutto, quantificabili.

Nel settore dei servizi alla persona occorre considerare il tema della qualità con una prospettiva differente rispetto a quanto tradizionalmente considerato per i settori della produzione di beni e, in particolare, nella produzione industriale, ossia gli ambiti in cui per eccellenza si è iniziato a discutere del problema qualità.

Evidentemente nei riguardi dei servizi alle persone non si possono pedissequamente applicare le valutazioni della qualità tipiche del controllo industriale che hanno il loro fondamento nella misurazione e valutazione “oggettiva” del prodotto (*output*), ma l’attenzione al risultato deve, in prima istanza, fare i conti con il miglioramento del processo attivato per produrre il risultato. Quest’ultimo, proprio perché non è riconducibile, in questa tipologia di servizi, ad un generico “fare” ma è sempre un “fare per qualcuno”, nella sua individuale considerazione, poco si presta ad una oggettivazione e definizione rigida e uniforme. Nel campo della valutazione della qualità si servizi alla persona occorre integrare due approcci di analisi quello quantitativo e quello qualitativo. Il primo approccio cerca di sviluppare un sistema di misura tale da quantificare numericamente le grandezze che si desidera monitorare. Il secondo approccio preferisce basarsi sull’esperienza del personale di audit che svolge una funzione di “intervista mirata” sulla agenzia da valutare.

Come strumenti per l’approccio *qualitativo* si hanno questionari, analisi di valutazione, scale di interesse, ma lo strumento principe per l’analisi qualitativa rimane l’intervista diretta all’utilizzatore del processo. I vantaggi presentati dal secondo approccio sono legati alla possibilità di individuare aspetti specifici del processo che possono non essere contemplati fra le possibilità di una analisi quantitativa. Data la singolarità del percorso i suoi effetti non possono, per loro natura, essere rappresentati da una lista di possibilità definite. L’approccio qualitativo richiede però una maggiore formazione specifica del personale, che deve essere in grado di contestualizzare le informazioni sul percorso assistenziale attuato e di “misurare” la sua adeguatezza. L’analisi quantitativa, grazie alle procedure di misura ben definite, richiede una preparazione del personale sicuramente minore. Spesso si preferisce quindi ricorrere ad una analisi quantitativa in quanto il processo di misura risulta “più facile” per le persone coinvolte. L’analisi quantitativa fornisce una visione spesso solo parziale e non esaustiva del fenomeno in atto, con un grado di completezza che dipende dal contesto dell’indicatore. Per evitare questo rischio la letteratura di settore suggerisce di coinvolgere i destinatari in percorsi di *valutazione partecipata*, impostando con loro i programmi di valutazione, rivedendoli e modificandoli con loro, utilizzando i risultati delle verifiche per condividere obiettivi di miglioramento (Vecchiato 2000, p. 9). La capacità di organizzare incontri produttivi tra produttori e fruitori dei servizi, trasferendo gli apprendimenti generati in questi incontri in progetti di miglioramento dell’intera organizzazione, appare una delle chiavi di volta per la promozione della qualità nei servizi alle persone, che proprio in quanto tali, non possono affidare la mission qualità a modelli esterni di sviluppo, ma esigono il coinvolgimento dell’intera comunità.

“Il DNA dei servizi alle persone: per realizzare i loro obiettivi hanno bisogno di far incontrare le loro risorse (professionali, economiche) con quelle di quanto sono destinatari del loro lavoro, passando dalla logica dell’offerta alla logica dell’incontro di responsabilità, necessarie per rendere possibile, oltre che efficace, l’azione di servizio” (Vecchiato 2000, p. 10).

Considerazioni riconducibili a tale riflessione hanno portato, alcuni autori a parlare provocatoriamente del tema della valutazione della qualità come un’attività paradossale (Scaratti 1994), in quanto nei reali e concreti contesti di lavoro sociale si riscontra la difficoltà e spesso l’opposizione tra l’ordinarietà della pratica valutativa e la denuncia dell’impossibilità a ricondurre a valutazione obiettiva oggetti così articolati e complessi come quelli riconducibili alla relazione e all’intervento sociale. Tale aspetto e, soprattutto, l’orientamento a mettere al centro dell’interesse i bisogni e la considerazione dell’utente, è rinvenibile anche nei più articolati tentativi di definizione dei *criteri della qualità* nel campo dei servizi alla persona. Esemplificativa dell’impegno in questa direzione è stata, per esempio, la redazione del documento realizzato dal Gruppo qualità sociale del Ministero per la Solidarietà Sociale del 1999. Come mettono in evidenza Regalia e Bruno (Regalia, Bruno 2000, p. 16), tra i vari aspetti evidenziati dagli esperti vi sono una serie di criteri guida definitivi della qualità dei servizi e degli interventi nei confronti della singola persona o, per usare un linguaggio consono alla produzione bibliografica sulla certificazione della qualità, del cliente e criteri definitivi della qualità dell’intervento verso il singolo. Essi possono essere sintetizzati in quanto segue:

- Erogazione del servizio sulla base di procedure formalizzate appropriate
- Esistenza di un regolamento di servizio
- Disponibilità per l’utente di una guida all’uso del servizio
- Promozione di forme associative di utenti
- Adozione di consolidati strumenti di monitoraggio e verifica dei risultati
- Coinvolgimento dell’utenza in tali operazioni di controllo
- Disponibilità di modalità dedicate di interazione con gli utenti
- Disponibilità di strumenti di segnalazione e raccolta di suggerimenti e reclami
- Adozione della figura del *facilitatore di qualità*
- Rispondenza al programma di intervento individuale concordato con l’utente e con eventuali operatori
- Risoluzione o miglioramento del problema o del danno a fronte di un benessere complessivo.

Come è stato notato, la figura del *facilitatore di qualità* è l’unico riferimento rinvenibile nel documento citato, riguardante l’attenzione alla specifica dimensione organizzativa, una mancanza “forse sintomatica di un certo ottimismo di fondo relativamente alla possibilità di realizzare progetti di qualità e di effettuare un processo di valutazione all’interno dei servizi” (Regalia, Bruno 2000, p. 17).

In realtà, proprio riprendendo quanto esposto precedentemente circa il bisogno

di andare verso una valutazione partecipata, è essenziale che gli interventi di miglioramento della qualità cerchino di evitare le funzioni ispettive o l'accentramento di un ruolo valutatore, che anzi innescherebbe funzioni difensive e, invece, incentivino la *responsabilizzazione diffusa*. In ordine a scongiurare il rischio di specializzare una funzione di controllo della qualità e viaggiare verso la strategia della qualità globale, viene suggerito di:

- Coinvolgere il più largo numero di persone nei progetti di qualità, nella consapevolezza che la qualità è un bene restituivo, che quando è presente va a vantaggio di tutti i soggetti che gravitano intorno al servizio.

- Inoltre, è auspicabile disincentivare le funzioni di controllo, rendendole meno appetibili e, al contrario, promuovere funzioni di supporto tecnico per il miglioramento qualitativo, evitando che tali funzioni siano collocate troppo vicine al sistema direttivo.

- Promuovere relazioni tra operatori e persone destinatarie del loro lavoro, sollecitando il confronto di giudizi e trasformandoli in progetti comuni.

- Impegnare personale con più esperienza in qualità di supporto tecnico e metodologico e di supervisione.

- A fronte di ciò è sempre consigliabile proporsi obiettivi realistici, rendendo visibili i risultati degli investimenti e individuando forme per misurarli e confrontarli con quelli ottenuti da altri o dallo stesso servizio in un momento differente (Vecchiato 2000, p. 12)

Sempre discutendo circa l'esigenza di costruire un controllo di gestione, Dani suggerisce che

“La soluzione non sta certo né in forti esortazioni alla qualità né in un qualche e perfetto teorema che risolve tutti. La soluzione può essere ritrovata in qualche buon esempio, in qualche esperienza positiva. Chi ha provato e...ottenuto risultati magari parziali ma concreti” (Dani 2003, p. 19).

Controllare la gestione di un servizio alla persona significa *stabilire gli obiettivi* che si vogliono raggiungere, *organizzare bene le risorse* che si hanno a disposizione e *verificare* giorno dopo giorno se si raggiungono gli obiettivi e se si usano le risorse nel migliore dei modi (Dani 2003, p. 20).

Questa definizione apparentemente così semplice e lineare rimanda, invece, ad un complesso e costante processo che non perde mai di vista due dimensioni centrali nel meccanismo di controllo gestionale, che si affiancano al parametro della *soddisfazione del cliente* precedentemente espressa, si tratta dei costrutti di *efficacia* ed *efficienza*.

Per affermare che un servizio è *efficace* si deve dimostrare che esso *raggiunge gli obiettivi* che si era prefissato, ciò implica il monitoraggio costante del processo che preveda: la redazione di un esplicito *documento/manifesto* dell'offerta del servizio per il cliente, al fine di chiarire cosa viene garantito all'utente; la gestione

accurata di *tempi*, dei *modi*, delle *risorse* attraverso cui il servizio è organizzato; l'adozione di uno *stile relazionale* tra tutti i soggetti coinvolti nel servizio.

Questa descrizione del costrutto “efficacia” porta a distinguere tra *efficacia interna* e rispondenza al *mission* del servizio. Rispondenza a quanto dichiarato, indipendentemente dai bisogni dei beneficiari. Quindi la capacità di un servizio di compiere il suo dovere. Tra *efficacia esterna* e rispondenza ai bisogni del cliente. Miglioramento delle condizioni dei beneficiari dal punto di vista della missione di quel programma o servizio. Rispondenza: i bisogni della popolazione indipendentemente dalle implicazioni per le organizzazioni

L'efficacia del servizio è una parte, seppur importantissima, del sistema di controllo della qualità, cui va ad affiancarsi l'efficienza nella gestione delle risorse. Quest'ultima rimanda al buon uso dei mezzi che servono a raggiungere gli obiettivi del servizio. L'*efficienza* di un servizio riguarda il *rapporto tra le risorse utilizzate e i risultati raggiunti*. Curare l'efficienza di un servizio significa “cercare dei benefici (risultati), affrontando costi (impiegando risorse) che si decide di considerare accettabili” (Dani 2003, p. 25). Pertanto l'efficienza riguarda la capacità di ottenere il massimo risultato con il minimo sforzo, con il minimo impegno di risorse economiche ed umane.

In definitiva l'efficienza riguarda il rispetto degli standard di un servizio; standard che devono essere chiariti a valle della definizione degli obiettivi del servizio e in considerazione delle risorse personali, organizzative e finanziarie presenti nel servizio. Il tentativo che dalla metà degli anni novanta è stato operato per definire degli standard generali, validi per tutti e per sempre, seppur nello specifico delle diverse tipologie di servizio, è stato pressoché abbandonato, quanto meno nella considerazione assoluta. Ciò a cui è plausibile ambire è la definizione di criteri regolativi, declinati in indicatori specifici di un servizio e orientati verso il raggiungimento di Livelli Essenziali (LIVEAS che comprendono i LEP, Livelli Essenziali delle Prestazioni e LEA, Livelli Essenziali di Assistenza), espressione questa che dal Duemila in poi ha preso il posto del concetto definitorio di standard.

LEP e LEA costituiscono “le prestazioni corrispondenti a diritti di cittadinanza definiti costituzionalmente”, dunque “esigibili”. La forte ed importante valenza innovativa della legge n. 328/2000, che ha per la prima volta affermato il diritto all'assistenza, si fonda su un assetto istituzionale in parte anticipatore dei contenuti della riforma costituzionale del Titolo V del 2001, introducendo il federalismo amministrativo, con la legge n. 59 del 1997 la cui attuazione è stata affidata, in particolare, al decreto legislativo n. 112 del 1998. La definizione dei LEP è compito esclusivo dello Stato, che costituisce il vincolo di eguaglianza dei cittadini rispetto all'attività operativa dei diversi titolari della produzione del servizio. L'obiettivo dei LEP è quello di mantenere una tutela omogenea dei diritti di cittadinanza attraverso la garanzia che le prestazioni (un concetto qualitativo) e i livelli (un concetto quali/quantitativo) delle stesse, siano assicurati sull'intero territorio nazionale (Mi-

nistero della Solidarietà Sociale 2006, p. 60). Il nuovo quadro costituzionale impone quindi una diversa lettura dei principi e delle norme contenute nella legge n. 328/00. Le esigenze unitarie sovraregionali, la necessità di garantire un livello di uguaglianza di tutti i cittadini su tutto il territorio nazionale, trovano risposta – nel nuovo testo costituzionale – nei diritti civili e sociali di cui alla lettera m) dell'articolo 117, quale competenza dello Stato. L'individuazione delle modalità organizzative, degli standard da adottare per raggiungere l'obiettivo della garanzia delle prestazioni, restano in capo alla responsabilità del sistema Regione/Autonomie Locali, ciascuno per la propria competenza e livello di responsabilità, all'interno di un sistema di *governance* e di leale collaborazione istituzionale. Pertanto la definizione e la realizzazione dei LIVEAS deve essere garantita attraverso un percorso programmatico necessariamente negoziato e condiviso fra i diversi livelli istituzionali, Stato, Regioni ed Enti Locali, che deve assicurare, nel corso degli anni, una disponibilità crescente di risorse. Anche il libro bianco del Ministero del lavoro fa propria questa logica affermando che le risorse per le politiche sociali devono nel decennio raddoppiarsi.

A fronte di una situazione estremamente eterogenea sul territorio nazionale i LEP richiederebbero un'azione di verifica della loro efficace ed effettiva fornitura, una catalogazione affidabile degli interventi, attraverso sistemi trasparenti di gestione finanziaria. Il Rapporto del Ministero della Solidarietà, seppur a titolo esemplificativo di un processo di risposta ad una forte disuguaglianza tra prestazioni e distribuzione economico nazionale, sollecita l'esigenza di riallineamento di risorse finanziarie tra Nord e Sud ancorando tale revisione ai bisogni reali (Dani 2003, p. 61-64).

3. La popolazione disabile in Italia e le tipologie di disabilità

Definire la dimensione numerica delle persone che vivono in condizione di disabilità è ancora oggi un processo problematico, almeno per due ordini di motivazioni. La prima attiene alla definizione stessa di persona con disabilità, che è una condizione fisica o mentale dai contorni non precisamente ed univocamente definiti. Come rivelano gli stessi testi normativi (Legge n. 104 del 1992 e nella Legge n. 118 del 1971) lasciano ampi spazi di ambiguità, definendo persona handicappata, inabile, invalida come sinonimi di persona con disabilità con finalità estremamente varie. La seconda ragione attiene all'implementazione concreta del concetto di disabilità, inteso come riduzione della capacità di esercitare autonomamente determinate attività di vita quotidiana (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 2005).

Facendo riferimenti a dati ufficiali che hanno accettato come strumento di rilevazione indagini campionarie sulla popolazione (Health Interview Survey) e rese con Fonte: ISTAT, *Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 1999-2000*, in Italia le persone con disabilità sono 2 milioni 615 mila, pari al 5%

circa della popolazione di età superiore a 6 anni che vive in famiglia

La stima si basa su un criterio molto restrittivo di disabilità, quello secondo cui vengono considerate persone con disabilità unicamente quelle che, nel corso dell'intervista hanno riferito una totale mancanza di autonomia per almeno una funzione essenziale della vita quotidiana. Se si considera una definizione più ampia, riferita alle persone che abbiano manifestato una apprezzabile difficoltà nello svolgimento di una o più di queste funzioni, la stima sale a 6 milioni 980 mila persone, pari al 13% della popolazione sopra detta, un dato in linea con quello rilevato nei principali paesi industrializzati. A questi dati vanno aggiunti quelli non compresi dall'indagine ISTAT relativi ai bambini fino a 5 anni, I dati provenienti dal Sistema informativo del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca (SIMPI) relativi alle certificazioni scolastiche, si evince che l'1,32% dei bambini che frequentano la prima classe elementare hanno una qualche disabilità, mentre alcuni studi specifici stimano un'incidenza alla nascita di bambini con disabilità pari all'1%. Ipotizzando un trend lineare del fenomeno nel passaggio da 0 a 6 anni, si può quindi stimare un numero complessivo di soggetti con disabilità fra 0 e 5 anni pari a circa 42.460 bambini.

A questi dati relativi alla popolazione che vive in famiglia, vanno aggiunti i 169.160 anziani non autosufficienti, soggetti che, proprio perché disabili, vivono nelle residenze socio-sanitarie. Nel complesso della popolazione si giunge così ad una stima complessiva di circa 7 milioni 800 mila persone con disabilità.

Un fenomeno interessante che viene rappresentato nel Rapporto e su cui occorre porre attenzione all'interno di un discorso su ciò che è o non è di Qualità, è il fatto che dei dati statistici indicati, i reali beneficiari e aventi diritto dei servizi socio—assistenziali e delle prestazioni mediche sono molto meno per almeno tre ordine di ragioni:

- perché non a conoscenza della cosa;
- l'esercizio di quel diritto può essere condizionato ad altri parametri (ad esempio alla situazione economico-reddituali);
- non essere particolarmente attrattivo, anche alla luce degli ostacoli amministrativi e procedurali che possono essere presenti.

Al contempo le ragioni che incentiverebbero l'accesso e la fruizione e dei servizi agendo in modo molto variegato nella geografia italiana, e che un discorso che mira a promuovere la qualità dei servizi deve tener conto, sono:

- una prassi di controlli poco pregnanti e incisivi,
- l'*appeal* dei vantaggi giuridicamente riconosciuti rispetto alle condizioni economiche degli interessati,
- l'accettazione sociale della condizione.

3.1 Le tipologie di disabilità

Dall'indagine sulle condizioni di salute è possibile identificare quattro tipologie

di disabilità:

a) confinamento individuale (costrizione a letto, su una sedia non a rotelle o in casa);

b) disabilità nelle funzioni (difficoltà nel vestirsi, nel lavarsi, nel fare il bagno, nel mangiare);

c) disabilità nel movimento (difficoltà nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi);

d) disabilità sensoriali (difficoltà a sentire, vedere o parlare).

Altre tipologie di disabilità: si rileva che il 2,2% delle persone di 6 anni e più presenta disabilità nel movimento. Circa il 3% della popolazione di 6 anni e più, presenta invece difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane, cioè ha difficoltà ad espletare le principali attività di cura della propria persona (quali il vestirsi o spogliarsi; il lavarsi mani, viso, o il corpo; tagliare e mangiare il cibo, ecc.).

Le difficoltà nella sfera della comunicazione, quali l'incapacità di vedere, sentire o parlare, coinvolgono circa l'1% della popolazione di 6 anni e più.

Relativamente al numero dei ciechi e dei sordi, i dati relativi alle invalidità permanenti risultano circa 352 mila ciechi totali o parziali, 877 mila persone con problemi dell'udito più o meno gravi e 92 mila sordi prelinguali (sordomuti).

Ben il 33% delle persone con disabilità è portatore di almeno due disabilità contemporaneamente fra disabilità nelle funzioni, disabilità nel movimento e disabilità sensoriali. Di questi il 33% è rappresentato dal sesso maschile e il restante 67% da quello femminile. Questa differenza è ancora spiegata in gran parte dalla differente distribuzione della popolazione maschile e femminile per età: più dell'80% delle persone con più tipologie di disabilità ha infatti un'età superiore ai 65 anni (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 2005, pp. 96-100).

4. Per una qualità dei servizi per le persone disabili

Parlare di servizio alla persona dovrebbe significare fare riferimento a modalità di intervento incentrate sulla *personalizzazione*. Essa riguarda sia lo stile di erogazione dell'intervento, contrapposto ad un sistema di standardizzazione, sia, in senso più ampio, lo *stile delle relazioni* che, a vari livelli, vengono attivati tra chi eroga e i destinatari delle prestazioni. Si tratta di scegliere per uno stile che rinunci ai caratteri dell'impersonalità burocratica, tipica dei servizi industriali, a vantaggio di una visione centrata sull'individuo, il suo bisogno e la sua famiglia. Il servizio, pertanto, deve avere un carattere relazionale, ovvero la risposta al bisogno deve superare la dimensione della prestazione e guardare alla relazione tra chi eroga e chi fruisce la prestazione. Muovendo da tale prospettiva "personalistica" è possibile guardare alla valutazione della qualità integrando quelli che possono essere criteri/indicatori oggettivi (*efficienza del servizio*), con criteri di tipo soggettivo indicativi del livello di soddisfazione dell'utente/cliente (*benessere, prossimità empatica, accoglienza, integrazione, rispetto*) e con criteri di efficacia (*rispondenza*

del servizio al bisogno espresso).

Il richiamo sin qui svolto all'esercizio di una pratica di qualità orientata alla persona e al processo di personalizzazione – paradigma che giustifica, tra l'altro, il significato estensivo di servizio socio-educativo – diventa essenziale ed esemplare se si parla di servizi alla disabilità. Le persone in difficoltà e con bisogni speciali hanno sempre bisogno di un'offerta individualizzata che non può ammettere deroghe all'interno di standard di progettazione e che non si presta a misurazioni.

Organizzare il servizio e le prestazioni per un intervento con la persona disabile significa passare dalla conoscenza delle varie situazioni e delle differenti patologie ad una chiara progettualità dell'azione educativa, che coinvolga una rete il più possibile estesa di relazioni intorno al soggetto: comunità, enti locali, servizi, famiglia. Occorre *costruire una conoscenza globale e interconnessa delle capacità e del deficit*, del funzionamento della salute del soggetto anche grazie alla totalità sistemica insita nel modello antropologico dell'Icf (la Classificazione diagnostica edita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2001). Inoltre un servizio per la persona disabile non dovrebbe prescindere dalla costruzione di un progetto individualizzato secondo il modello del Progetto di Vita che

“apre le dimensioni della progettazione al desiderio, all'adulità, alle aspettative, ad una prospettiva temporale più lunga (il pensami adulto, la celebre espressione coniata da Mario Tortello) e più ampia, coinvolgendo la famiglia, la comunità, i vari ecosistemi di vita e di relazione, nella prospettiva dell'integrazione sociale e lavorativa” (Ianes 2005, p. 73).

Ne dovrebbe uscire una progettualità integrata, globale, sempre più orientata verso la complessità e molteplicità delle dimensioni della vita adulta.

Particolarmente significative sono le disposizioni per il controllo di qualità previste dalla legge Quadro 104/1992 per i servizi diretti all'assistenza e all'integrazione delle persone handicappate. Per i soggetti pubblici e privati che stipulano convenzioni per l'erogazione di servizi devono preventivamente essere effettuate valutazioni e controlli sull'idoneità e sui livelli quantitativi e qualitativi di prestazioni offerte, sulla qualificazione del personale impiegato, sull'efficienza organizzativa. In particolare quando gli enti locali erogano contributi specifici, oltre a procedere alla valutazione dell'attitudine e delle capacità operative degli operatori dei servizi, dovranno esaminare l'adeguatezza del progetto con riferimento all'obiettivo desiderato (Rao 2000, p. 96). Importanti correlazioni esistono nella legge Quadro tra la partecipazione e la qualità dei servizi. A tale riguardo la Legge prevede:

a. Forme di partecipazione nelle informazioni e nelle attività di prevenzione che coinvolgano le formazioni sociali (tra le quali le famiglie). In questo caso la valutazione del cittadino dovrà concentrarsi sull'accesso al servizio (e oggi, a valle della Legge Stanca del 9 gennaio 2004, n.4³), oltre a parlare di accesso fisico alle

strutture e di snellimento delle procedure burocratiche di accesso al servizio, occorre aggiungere anche l'accessibilità telematica ai siti informativi e di servizio pubblico (Pinnelli 2007), sulla partecipazione attiva, sui *livelli quantitativi e qualitativi* delle prestazioni e sulle modalità e i tempi di erogazione.

b. Stipula di convenzioni con enti e associazioni idonee ad assicurare livelli di qualità prefissati. In questo caso l'ente pubblico valuterà l'efficienza, l'efficacia e l'economicità del servizio, le forme di gestione adeguate e flessibili, la capacità di attivare risorse aggiuntive con il coinvolgimento del privato sociale, la costruzione di un sistema di indicatori per l'autovalutazione e la misura dei risultati e delle attività, il grado di consenso sociale dell'attività e il sistema di vigilanza e di controllo (Rao 2000, pp. 97-98).

Funzionale a ciò evidentemente è la peculiarità del servizio di incontrarsi con la domanda territoriale e la domanda del suo cliente. Spesso domanda e offerta non si incontrano a partire dalla scarsa capacità del sistema di farle comunicare tra loro. Allo scopo di offrire delle indicazioni operative per la promozione di una cultura della Qualità di ogni servizio indirizzato ai disabili, a prescindere dalle diverse esigenze, certamente si ritiene di segnalare alcune indicazioni che sintetizzano quanto sino ad ora esposto ed argomentato e che guardano alle tre macro componenti del servizio qualità: Relazione, Processo; Struttura. E' auspicabile pensare alla diffusione di una cultura di servizio:

- che punti ad una programmazione/gestione basata sull'ascolto delle esigenze e sul rispetto del bisogno anche in termini di confort, adeguatezza e professionalità della prestazione;

- che faccia leva sulla conoscenza approfondita di ogni problematica, orientata alla soddisfazione dei propri clienti e al miglioramento continuo dei servizi offerti;

- che valorizzi la relazione attraverso azioni di accoglienza, incontro, rispetto, tempestività e continuità dell'intervento;

- che sappia adottare strumenti di monitoraggio basati su indicatori contestuali;

- che sappia condividere modalità orientate sempre e comunque alla personalizzazione dei progetti, favorendo la compartecipazione e l'informazione dei soggetti sin dalle fasi iniziali di programmazione delle prestazioni dirette al singolo utente;

- che sia accessibile fisicamente e telematicamente.

Si tratta, in sintesi, di costruire un servizio che, oltre a far proprie le indicazioni relative alla promozione della qualità sin qui discusse, crei una sinergia propulsiva tra i suoi attori: operatori, disabile, famiglia, comunità, in ordine a progettare e implementare un progetto di vita adulta realisticamente calibrato sulla persona.

Bibliografia

- BRUNER J. (1997), *La cultura dell'educazione*, Milano: Feltrinelli.
- Canevaro A., Chierigatti A. (1999), *La relazione di Aiuto. L'incontro con l'altro nelle professioni educative*, Roma: Carocci.
- CARPIA M., D'AMBRA L., VICHI M., VITTADINI G. (2006), *Valutare la qualità*, Milano: Guerini Studio.
- CASTOLDI M. (2003). *Segnali di Qualità*, Brescia: La Scuola.
- DANI L. (2003), *La buona Qualità*, Milano: Franco Angeli.
- JANES D. (2005), *Bisogni educativi speciali e inclusione*, Trento: Erickson.
- MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI, DIREZIONE GENERALE PER LA GESTIONE DEL FONDO NAZIONALE PER LE POLITICHE SOCIALI E MONITORAGGIO DELLA SPESA SOCIALE (settembre 2005), *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, bozza.
- MINISTERO DELLA SOLIDARIETÀ SOCIALE, DIREZIONE GENERALE PER LA GESTIONE DEL FONDO NAZIONALE PER LE POLITICHE SOCIALI E MONITORAGGIO DELLA SPESA SOCIALE (ottobre 2006), *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali, II Parte, Sezione II: I servizi sociali territoriali*.
- PINNELLI S. (2007), *Tecnologie e contesti educativi*, Roma: Carocci.
- RAO F. (2000), *La promozione della qualità nella legislazione*, in VECCHIATO T. (a cura di), *La valutazione della qualità dei servizi*, Padova: Fondazione Zancan, pp. 83-108
- SCARATTI G. (1994). *Aspetti di analisi valutativa nel lavoro preventivo*, in REGOLIOSI, L. (a cura di), *La prevenzione del disagio giovanile*, Roma: La Nuova Italia Scientifica, pp. 137-158.
- VECCHIATO T. (2000), *La qualità dei servizi alle persone*, in VECCHIATO T. (a cura di), *La valutazione della qualità dei servizi*. Metodi, tecniche, esperienze, Padova: Fondazione Zancan.
- REGALIA C., BRUNO A. (2000), *Valutazione e qualità dei servizi*, Milano: Unicopli.

Note

1 Organismo internazionale ISO: federazione mondiale di 130 organismi, nato nel 1947, ha formulato delle norme (*Iso 9000*) per l'adozione di un Sistema Qualità finalizzate all'ottenimento dell'attestazione di conformità (Certificazione) rilasciato da un ente certificatore esterno. *Struttura delle norme ISO*: ISO 9000 – Norme di gestione per la qualità e di assicurazione della qualità; ISO 9001, 9002, 9003 – Sistemi qualità – Modelli contrattuali; ISO 9004 – Gestione per la qualità ed elementi del sistema qualità.

² Metodologia giapponese di miglioramento continuo, passo a passo, che coinvolge l'intera struttura aziendale. Il termine *Kaizen*, infatti, è la composizione di due termini giapponesi: KAI (cambiamento) e ZEN (meglio).

³ Disposizioni per favorire l'accesso dei soggetti disabili agli strumenti informatici (GU n. 13 del 17-1-2004). Obiettivo prioritario della Legge è di “favorire l'accesso dei disabili agli strumenti informatici, evitando che le nuove tecnologie determinino forme di emarginazione forse ancora più pericolose di quelle tradizionali e, anzi, promuovendo l'uso delle medesime come fattore abilitante e di superamento delle disabilità e delle esclusioni. Lo scopo della legge, in applicazione del principio costituzionale di eguaglianza, è quello di abbattere le “barriere virtuali” che limitano l'accesso dei disabili alla “Società dell'Informazione”.

