

CARTA DEI SERVIZI



ANFFAS onlus



INDICE

Introduzione

Sezione Uno: Finalità istituzionali e Principi fondamentali

- I. cosa è ANFFAS onlus
- II. scopi dell'Associazione – la “Mission”
- III. principi fondamentali

Sezione Due: Informazioni sulle Strutture e sulle Attività

- I. cenni storici sull'associazione locale
- II. strutture e attività

Sezione Tre: Standard di Qualità, Impegni e Programmi

- I. il significato degli standard
- II. gli alberi della qualità ANFFAS

Sezione Quattro: Modalità di Tutela e Verifica

- I. il reclamo “visto in positivo”: strumento d'ascolto e miglioramento continuo
- II. la gestione dei reclami
- III. customer satisfaction - lo strumento del questionario



Appendice A: fac simile per la compilazione

Appendice B: indicatori quantitativi e qualitativi - il processo di gestione degli standard

Appendice C: come comunicare la carta dei servizi - come coinvolgere i collaboratori

INTRODUZIONE

Roberto Speziale (*PRESIDENTE NAZIONALE ANFFAS onlus*)

A garanzia primaria delle persone con disabilità intellettiva e relazionale e delle loro famiglie, gli articoli 5 e 5.1 dello Statuto di ANFFAS onlus, approvato nell'Assemblea Nazionale Straordinaria tenutasi a Roma il 25–26 novembre 2000, obbligano le Associazioni Socie e gli Enti di Gestione che utilizzano il marchio ANFFAS ad *“adottare uno schema tipo di Carta dei Servizi predisposta dall'ANFFAS comprensiva dei livelli minimi di qualità”*.

Esistiamo per tutelare i diritti delle persone con disabilità intellettiva e relazionale e delle loro famiglie e, in assenza di interventi istituzionali, abbiamo negli anni operato e creato servizi per rispondere concretamente alle loro necessità. Abbiamo acquisito esperienza e competenze tali da essere ormai un riferimento puntualmente riconosciuto nella comunità.

L'esperienza associativa e gestionale maturata, la professionalità del nostro personale, la presenza diffusa sul territorio ci pongono tra gli interlocutori privilegiati anche nell'affidamento dei “servizi alla persona” da parte della pubblica amministrazione. Naturale quindi la nostra richiesta, a quanti operano con il marchio ANFFAS, di adottare la “nostra” Carta dei Servizi, con l'impegno concreto e costante di conseguire livelli qualitativi adeguati e rispondenti alle attese e ai bisogni reali delle persone con disabilità intellettiva e relazionale e delle loro famiglie, in un processo di ascolto empatico e di miglioramento continuo.

La presente Carta dei Servizi, pensata anche in termini di “guida alla costruzione” e allegata allo “schema tipo” già diffuso in occasione dell'Assemblea Nazionale del 29-30 giugno 2002, nasce col fine – ci auguriamo - di agevolare l'elaborazione e la costruzione della Carta dei Servizi e dei relativi impegni di qualità da parte di ogni singola Struttura Associativa a marchio ANFFAS.

La nostra Carta nasce per rendere concreto il “pensiero ANFFAS” e per abbattere le barriere dell'autoreferenzialità di chiunque voglia promuovere ed erogare “servizi alla persona” e per esaltare il principio della “Qualità Percepita”: le esigenze delle persone con disabilità intellettiva e relazionale e delle loro famiglie devono entrare nel cuore dei processi ideativi e produttivi dei servizi, investendone la progettazione, concorrendo all'individuazione dei connotati qualitativi e offrendo i riferimenti per valutare i risultati e innescare i cambiamenti.

La Carta dei Servizi ANFFAS vuole assegnare un ruolo forte alle persone con disabilità intellettiva e relazionale e alle loro famiglie nell'orientare le attività di ciascuna nostra Struttura Associativa.

Gli elementi generali del "sistema-tipo" di Carta dei Servizi sono i seguenti:

1. individuazione di Principi Fondamentali ai quali va uniformata l'erogazione dei servizi ai "nostri" utenti privilegiati (ovvero, le persone con disabilità intellettiva e relazionale e le loro famiglie) nel rispetto della dignità di persona: eguaglianza, imparzialità, continuità, diritto di scelta, partecipazione, efficienza ed efficacia (**sezione I**);
2. informazione degli utenti: l'informazione deve riguardare i servizi offerti e le modalità di erogazione degli stessi, assicurando comunque la piena chiarezza e comprensibilità dei testi (**sezione II**);
3. assunzione di impegni sulla qualità delle attività e dei servizi da parte di ciascuna Struttura Associativa, attraverso l'adozione di standard di qualità (**sezione III**);
4. valutazione della qualità del servizio per la verifica degli impegni assunti e per il costante adeguamento degli stessi. Tra gli strumenti di valutazione, anche apposite indagini sulla soddisfazione delle persone con disabilità intellettiva e relazionale e/o di chi le rappresenta e applicazione di forme di tutela dei diritti attraverso procedure di reclamo (**sezione IV**).

La nostra Carta andrà interpretata in chiave dinamica, come processo che troverà sviluppi e "personalizzazione" presso le singole Strutture Associate locali: nell'applicazione bisognerà tener conto delle caratteristiche specifiche dei servizi forniti, dell'utenza di riferimento, delle risorse strutturali e tecnologiche disponibili.

E, **tuttavia**, ciascuna Struttura Associativa a marchio ANFFAS non potrà non impegnarsi a fondo nel delineare e conseguire standard di qualità **"fisiologicamente ANFFAS"**, come apparirà evidente nel corso della Sezione Tre, al di là di inevitabili priorità locali.

La Carta dei Servizi di ciascuna nostra Struttura Associativa sarà articolata in

QUATTRO SEZIONI

nel rispetto dello "schema-tipo" approvato dall'Assemblea Nazionale del 29-30 giugno 2002:

sezione uno

presentazione delle finalità istituzionali e principi fondamentali

sezione due

informazioni sulle strutture e sulle attività

sezione tre

standard di qualità, impegni e programmi

sezione quattro

meccanismi di tutela e di verifica



SEZIONE UNO

PRESENTAZIONE DELLE FINALITA' ISTITUZIONALI E PRINCIPI FONDAMENTALI

Ciascuna nostra Struttura Associativa deve presentarsi alle persone con disabilità intellettiva e relazionale e alle loro famiglie, dichiarando ciò che è e deve essere "nel segno di ANFFAS": la propria "mission", ovvero i fini istituzionali nonché i principi fondamentali ai quali intende ispirarsi.

ANFFAS nasce a Roma il 28 marzo 1958 come *"Associazione Nazionale Famiglie di Fanciulli ed Adulti Subnormali"* e viene riconosciuta Ente con Personalità Giuridica con DPR n. 1542 del 1964. Nel 1997 l'Associazione, pur conservando l'acronimo, si definisce *"Associazione Nazionale Famiglie di Disabili Intellettivi e Relazionali"*. Nel 2000 diventa ONLUS, Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale, e dal 01.01.2002 è in vigore la modifica statutaria che la trasforma sulla base di un modello federale, superando la tradizionale struttura con unica personalità giuridica; pertanto, si è realizzata piena autonomia giuridica oltre che patrimoniale e gestionale delle realtà locali.

ANFFAS onlus ha quindi modificato la propria fisionomia associativa, passando da una struttura la cui base sociale era rappresentata da soci persone-fisiche e con una articolazione territoriale che si configurava in circa 200 "sezioni" nonché in 13 "comitati regionali" ad una struttura la cui base sociale è rappresentata dalle Associazioni Socie locali; si è inoltre prevista la costituzione di "organismi regionali" rappresentativi delle Associazioni Socie locali nonché la possibilità di concedere il marchio ANFFAS ad altri autonomi Enti di Gestione con fini e scopi analoghi.

Ogni Associazione Socia (costituita anche da "soci amici", che aderiscono e condividono i fini sociali) si propone di assicurare il **benessere e la tutela delle persone con disabilità intellettiva e relazionale e delle loro famiglie**, operando primariamente per rendere concreti i principi della pari opportunità, della non discriminazione e della inclusione sociale:

1. a livello politico, per ottenere normative adeguate ai bisogni delle persone con disabilità intellettiva e relazionale e delle loro famiglie;
2. a livello sociale e culturale, per favorire concreti processi di reale integrazione contro ogni forma di esclusione e di emarginazione;
3. a livello di promozione e realizzazione di servizi sanitari, sociali, socio-sanitari, educativi e assistenziali rivolti alle persone con disabilità intellettiva e relazionale e alle loro famiglie, nonché di ogni altra attività - anche formativa - nel rispetto delle finalità statutarie, riferendosi costantemente al modello della "presa in carico" globale.

ANFFAS si sente ed è una GRANDE ASSOCIAZIONE che si ispira ai principi di solidarietà, rispetto, amicizia e, in termini di servizio, alla "**PRESA IN CARICO**" delle persone con disabilità intellettiva e relazionale attraverso la elaborazione, implementazione e verifica costante di "**progetti di vita**" individualizzati.



LA "MISSION"

"L'associazione ... persegue esclusivamente finalità di solidarietà sociale, nel campo dell'assistenza sociale e sociosanitaria, della ricerca scientifica, della formazione, della tutela dei diritti civili a favore di persone svantaggiate in situazioni di disabilità intellettiva e relazionale affinché a tali persone sia garantito il diritto inalienabile ad una vita libera e tutelata, il più possibile indipendente nel rispetto della propria dignità. L'associazione persegue il proprio scopo ... anche attraverso lo sviluppo di attività atte a ... promuovere, costituire ed amministrare strutture riabilitative, sanitarie, assistenziali, sociali, anche in modo tra loro congiunto, centri di formazione, strutture diurne e/o residenziali idonee a rispondere ai bisogni dei disabili intellettivi e/o relazionali ..." (dall'articolo 3 dello Statuto Anffas – Finalità e Attività).

La presente Sezione Uno della nostra Carta dei Servizi deve essere interamente dedicata agli **obiettivi di grande respiro** di ANFFAS, tesi ad affermare il valore della persona con disabilità intellettiva e relazionale in quanto PERSONA, portatrice quindi di valori e diritti che appartengono alla sfera dei DIRITTI UMANI, universalmente e solennemente sanciti dall'ONU, a fondamento e obiettivo perenne dell'intera comunità internazionale.

I materiali e le riflessioni di seguito riportate sono riferite ai due assi strategici che devono costantemente e visibilmente connotare le attività di ANFFAS, indipendentemente dalla tipologia e dalla consistenza organizzativa di tali attività:

1. il tema dei Diritti, e quindi gli sforzi tesi al rispetto non solo dei diritti civili, sociali ed economici, ma, in primo luogo, del Diritto Umano di ogni persona ad essere rispettata nella propria Dignità;
2. il ruolo sociale di ANFFAS quale soggetto socialmente vivo e utile alla comunità.

ANFFAS

si deve caratterizzare come realtà che contribuisce alla crescita della Cultura dei Diritti delle Persone

Lo Statuto ANFFAS afferma categoricamente che scopo primario è garantire "...il diritto inalienabile ad una vita libera e tutelata, il più possibile indipendente nel rispetto della propria dignità".

Avere collocato il tema dei Diritti a pilastro fondatore dell'esistenza della nostra Associazione impone che siano assunte in profondità due precise linee di condotta, che è opportuno qui ricordare e sottolineare:

1. vigilare costantemente;
2. contrastare gli atteggiamenti e i comportamenti di chiunque voglia ridurre o condizionare i diritti delle persone con disabilità intellettiva e relazionale e delle loro famiglie.

In altri termini, lo spirito della Carta dei Servizi ANFFAS non consente di ignorare circostanze che abbiano leso i diritti o che possano, anche solo potenzialmente, essere fonte di discriminazione.

Anffas deve dimostrare di essere punto di riferimento reale e utile per le persone con disabilità intellettiva e relazionale e per le loro famiglie, promuovendo concrete modalità di tutela dei diritti e vigilando costantemente sul proprio operato affinché non si verifichi mai, per nessun motivo, anche inconsapevolmente, alcuna condizione di discriminazione.

Tale principio, che la normativa pone tra i principi fondamentali che devono regolare l'attività dei "servizi pubblici", assume per la nostra realtà un **valore particolare**, nei confronti del quale non sono ammissibili fraintendimenti e sottovalutazioni.

Sono sottolineature forti, che riteniamo non sia superfluo fare, anche considerando che in questi ultimi anni è notevolmente cresciuta la consapevolezza, da parte delle persone con disabilità intellettiva e relazionale e delle loro famiglie, non solo del proprio diritto ai servizi, all'assistenza, agli aiuti economici e fiscali, ma anche a una vita degna di essere vissuta, ricca di senso e di significato, da valutare non solo attraverso le condizioni materiali, ma anche esistenziali.

LA CULTURA DEI DIRITTI A LIVELLO INTERNAZIONALE

Oltre ai riferimenti legislativi nazionali, è opportuno che siano noti alcuni riferimenti internazionali, in particolare:

1. riferimenti internazionali generali in materia di Diritti di Uguaglianza e di Non Discriminazione
2. riferimenti internazionali specifici per le persone con disabilità.

Senza compiere eccessivi approfondimenti, e limitandosi a un profilo legislativo o "para-legislativo" (tralasciando quindi schemi di pensiero appartenenti alle scienze filosofiche o ad approcci di tipo religioso), i riferimenti fondamentali sono i seguenti, in ordine cronologico:

1. Dichiarazione dei Diritti della Virginia (12 giugno 1776)
2. Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo e del Cittadino (26 agosto 1789)
3. Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo (10 dicembre 1948)
4. Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione nei confronti della donna (18 dicembre 1976)
5. Convenzione Internazionale sui Diritti del Fanciullo (20 novembre 1989)
6. Trattato di Amsterdam (art. 13 - Amsterdam 17 giugno 1997)
7. Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea (Nizza - 7 dicembre 2000)

L'insieme di questi atti e dichiarazioni, e la loro ri-lettura in chiave di diritti della persona con disabilità, rappresenta la base giuridica e culturale di fondo sulla quale impostare il "respiro" delle attività di ANFFAS a tutti i livelli: nazionale, regionale e locale.

Sono diverse e tutte significative le iniziative della Comunità Internazionale in favore dei diritti delle persone con disabilità. Come per il paragrafo precedente, ci si limita qui a fornire un indice dei provvedimenti e delle iniziative più significative, riservando una nota di commento solo ad alcuni di essi.

1. 1981: Anno Internazionale dei disabili (ONU - 1981)
2. 1983-1992: decennio dei disabili (ONU - 1982)
3. Norme Standard per la parità di opportunità per i disabili (ONU - 1992)
4. "Una coerente politica per l'integrazione dei disabili" (UE - aprile 1992)
5. "2003 - Anno Europeo delle Persone con Disabilità" (UE - 1992)
6. Direttiva UE 78/2000: pari opportunità e condizioni sui luoghi di lavoro (UE-Ottobre 2000)
7. Piano Pluriennale sulla Disabilità (Commissione UE - Ottobre 2003)

Le regole standard dell'ONU

Si ritiene opportuno aggiungere qualche brevissima nota relativa alla struttura di questa importante e, per molti aspetti, poco conosciuta iniziativa dell'ONU. E' bene ricordare che l'azione dell'ONU in materia di Diritti Umani, pur assumendo livelli di elevato valore etico, culturale e politico, può non produrre, come purtroppo dimostra la cronaca quotidiana, immediati e sicuri effetti sui comportamenti degli Stati membri. E' però indubbio che riferirsi ai capisaldi valoriali fissati dall'ONU aggiunge una notevole forza alle proposte e alle riflessioni che ANFFAS compie quotidianamente in ordine al tema dei Diritti.

Le "regole standard" dettano principi di ordine generale a cui le legislazioni degli Stati membri dovrebbero attenersi. Scorrendo le pagine di questo fondamentale documento, si può notare la incredibile attualità del pensiero culturale dell'ONU in ordine alla disabilità, anticipando contenuti e temi che sono all'ordine del giorno della riforma del sistema di welfare in atto nel nostro Paese. Ad esempio, il principio del coinvolgimento e della partecipazione della persona con disabilità è uno dei cardini assoluti che sta alla base di tutta l'iniziativa dell'ONU, così come il concetto – fondamentale – che l'attività riabilitativa non implica cure mediche iniziali, ma è definita come "...il processo attraverso il quale si vuole mettere le persone con disabilità in grado di raggiungere e mantenere il loro livello funzionale ottimale fisico, sensoriale, intellettuale, psichico e sociale, fornendo loro gli strumenti per cambiare le proprie vite attraverso un maggiore grado di indipendenza": gli stessi concetti posti a base della proposta di legge sulla "presa in carico", su cui ANFFAS sta lavorando da tempo.

Inquadramento Costituzionale

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

L'articolo 3 della Costituzione Italiana fa parte dei 12 articoli che sintetizzano i "principi fondamentali" della Repubblica ed è stato assunto da ANFFAS come lo "slogan" che identifica lo sfondo ideologico e culturale di riferimento. A tali principi si ispira:

1. lo Statuto dell'Associazione;
2. l'azione di negoziazione in materia di politiche sociali che ANFFAS svolge a tutti i livelli (nazionale, regionale, provinciale e locale);
3. l'azione di verifica del proprio operato.

Oltre all'art. 3 trovano accoglienza in forma solenne i diritti inviolabili dell'Uomo, l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale, il diritto al lavoro per tutti i cittadini, la libertà di religione, la conformità dell'ordinamento giuridico italiano alle norme del Diritto Internazionale.

Chiaramente, l'art. 3 non è il solo passaggio della norma Costituzionale in grado di rappresentare i diritti della persona con disabilità e, di conseguenza, i doveri della Repubblica. Per brevità, si citano qui gli altri tre articoli che il movimento delle persone con disabilità ha giustamente utilizzato per impostare le proprie rivendicazioni:

L'art. 32 (tutela del diritto alla salute)

l'art. 34 (sul diritto alla scuola per tutti)

l'art. 38 (il diritto del cittadino inabile sprovvisto dei mezzi necessari per vivere di ricevere assistenza).

Il Ruolo Sociale di ANFFAS

Secondo lo Statuto, ANFFAS opera ".....affinchè sia garantito ai disabili il diritto inalienabile ad una vita libera e tutelata, il più possibile indipendente nel rispetto della propria dignità. L'Associazione persegue il proprio scopo anche attraverso lo sviluppo di attività atte a: stabilire e mantenere i rapporti con gli Organi governativi e legislativi internazionali, europei, nazionali e regionali, con gli Enti Locali e con i Centri pubblici e privati operanti nel settore della disabilità" (dallo Statuto ANFFAS Onlus - art. 3).

Si reputa pertanto necessario raccomandare alle Associazioni Socie particolare cura verso quei temi, obiettivi e azioni - di carattere squisitamente sociale e promozionale - che lo Statuto pone a base della loro stessa esistenza e che vanno ovviamente intrecciati con il sistema legislativo vigente, puntando l'attenzione su un aspetto di fondo: conoscere gli spazi di manovra e di protagonismo sociale che la normativa vigente prevede in favore del Terzo Settore, di cui ANFFAS fa pienamente parte.

In tal senso, **in primo luogo**, bisogna usare molto e bene la FORMAZIONE come strumento fondamentale per promuovere processi di miglioramento costante nella qualità del proprio agire ma soprattutto per produrre cultura intesa come insieme di valori, norme, comportamenti e atteggiamenti comuni e condivisi, infondendo il "senso di appartenenza",

anche in considerazione che l'Associazione è tradizionalmente caratterizzata da realtà socio-culturali molto diverse tra loro e con esperienze rappresentative e gestionali non uniformi. Il richiamo alla formazione dovrebbe essere uno degli approcci più facili da praticare, immaginando che non dovrebbe essere difficile organizzare corsi a partire dai quali si dovrebbe realizzare il cambiamento nelle persone e nell'associazione. In realtà non sempre è così, e spesso si registrano problemi di partecipazione. Un aspetto che può essere ridimensionato se l'azione formativa non si limita a corsi e seminari, ma, partendo dai problemi che deve contribuire a risolvere, assume questi come base per l'approfondimento e la soluzione. La partecipazione ad attività formative dipende pertanto dalla percezione dell'utilità delle stesse ai fini della soluzione di problemi che i rappresentanti, i soci e gli stessi collaboratori si trovano ad affrontare. Tutto ciò esige un lavoro minuzioso di individuazione e analisi sui problemi e sulle esigenze prima che sugli esperti e sui contenuti disciplinari. La formazione, in linea di massima, va proposta sostanzialmente attraverso due modalità:

1. **formazione continua**, metodo imperniato sulla partecipazione, sul coinvolgimento di tutti, che porta a conoscersi, a sentirsi responsabili e protagonisti nelle decisioni che si devono attuare;
2. **formazione specifica**, intendendo con questo eventi formativi tenuti da esperti, su temi definiti, proposti e condivisi.

In secondo luogo, bisogna migliorare l'INFORMAZIONE, non “per fare sapere cosa fa ANFFAS” ma per fare sapere cosa fanno le Istituzioni che, a diverso titolo e livello, producono Politiche Sociali e quindi “fare sapere cosa fa ANFFAS in tal senso”. A livello di ANFFAS Nazionale esistono le responsabilità più grosse in termini di azione informativa continua, puntuale e competente; ANFFAS Nazionale deve pagare tale debito informativo non solo ai propri Soci ma alla generalità delle famiglie con persone con disabilità intellettiva e relazionale (nel principio dell'Associazione ANFFAS intesa come solidaristica e non meramente mutualistica). ANFFAS onlus deve:

1. garantire la continuità dell'azione formativa;
2. verificare l'efficacia dell'azione informativa, consultando i diversi destinatari delle azioni informative. Oggi si hanno a disposizione alcuni strumenti: ROSA BLU, ANFFAS NEWS, il Sito ufficiale dell'Associazione, l'edizione italiana dell'AJMR. Questo però non basta, e sono proprio le Associazioni Socie che devono fare il loro *mestiere di Soci*, perché è indispensabile sapere e conoscere il gradimento, l'efficacia, il livello di utilità del lavoro in atto.

Chi sono gli Utenti ANFFAS

La volontà dell'Associazione ANFFAS Onlus di impostare il proprio agire tendendo a un progressivo miglioramento della qualità impone che sia chiaro e inequivoco chi sia l'UTENTE, il destinatario delle proprie azioni. Si può affermare con nettezza che l'utente PRIMARIO è indubbiamente rappresentato dalla PERSONA CON DISABILITA' INTELLETTIVA E RELAZIONALE e da CHI LA RAPPRESENTA (FAMIGLIA, TUTORE o AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO). E' però vero che lo Statuto individua una pluralità di soggetti (che si possono definire qui UTENTI SECONDARI) verso cui comunque le attività svolte devono essere caratterizzate da serietà, competenza e trasparenza e verso cui non possono essere commesse omissioni o diminuzioni di investimento e di approfondimento per il miglioramento continuo della qualità:

1. l'insieme delle risorse professionali e del volontariato;
2. il sistema delle Istituzioni;
3. le organizzazioni sindacali;
4. i fornitori.

In ogni caso, preme qui anticipare (rispetto a quanto sarà indicato nella Sezione Quattro) che individuare "gli utenti" presuppone attivare costanti meccanismi volti a raccogliere, analizzare e considerare il loro parere, la loro percezione elaborata nel momento in cui entrano in contatto con le attività offerte da ANFFAS. Anzi, per una realtà come ANFFAS ragionare in termini di miglioramento della qualità verso i propri utenti significa non solo raccogliere pareri e percezioni sulla fornitura dei servizi e delle prestazioni erogate, ma raccogliere preventivamente dati e informazioni sulle aspettative e sui bisogni degli utenti stessi.

* * * * *

Ogni Struttura Associativa deve adottare i

PRINCIPI FONDAMENTALI



ai sensi dello Statuto e della Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994:

- ✓ **EGUAGLIANZA** - Nessuna distinzione nella erogazione del servizio può essere compiuta. Va garantita la parità di trattamento. L'eguaglianza va intesa come divieto di ogni ingiustificata discriminazione.
- ✓ **IMPARZIALITA'** – Si assume l'obbligo di ispirare i propri comportamenti, nei confronti degli utenti, a criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità.
- ✓ **CONTINUITA'** – L'erogazione del servizio deve essere continua e regolare. In caso di funzionamento irregolare o di interruzione del servizio, si adottano misure volte ad arrecare agli utenti il minor disagio possibile. Sostanzialmente, bisogna impegnarsi a gestire le proprie attività senza interruzioni rispetto al calendario annualmente fissato e alle disposizioni previste dalla normativa vigente, comunicando tempestivamente agli utenti ogni imprevista variazione di calendario e programmando eventuali interruzioni dipendenti da proprie scelte in periodi dell'anno in cui si produca il minor disagio possibile (periodi di "chiusura estiva" del servizio semiresidenziale e/o ambulatoriale-domiciliare).
- ✓ **DIRITTO DI SCELTA** – L'utente ha diritto di scegliere e di recedere liberamente dal servizio scelto.

- ✓ **PARTECIPAZIONE** – La partecipazione dell'utente alla prestazione del servizio deve essere sempre garantita. L'utente ha diritto di accesso alle informazioni che vanno comunicate in modo chiaro e comprensibile, ricorrendo a procedure semplificate.
- ✓ **EFFICIENZA ED EFFICACIA** – Il servizio deve essere erogato in modo da garantire l'efficienza e l'efficacia, valutando e confrontando attentamente: risorse impiegate e risultati raggiunti - risultati raggiunti ed obiettivi prestabiliti.

SEZIONE DUE

INFORMAZIONI SULLE STRUTTURE E SULLE ATTIVITA'

Ciascuna Struttura Associativa ANFFAS deve rifarsi alle presenti indicazioni generali per una compilazione completa e dettagliata delle attività, degli ambienti e dei servizi erogati, focalizzandosi naturalmente sulla propria specifica realtà e priorità. Il linguaggio deve essere chiaro e comprensibile a tutti gli utenti. Alle attività e servizi erogati va applicato ed esteso - con gradualità piani di miglioramento - l'impianto degli standard di qualità

(Sezione Tre: Standard di qualità, impegni e programmi).



- a) Ubicazione della Struttura Associativa locale
- b) Brevi cenni storici
- c) Destinatari dei servizi
- d) Descrizione analitica delle attività e dei servizi resi (riabilitativi-sanitari, socio-educativi, sociali) nelle diverse modalità residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari, focalizzandosi su:
 - 1. Caratteristiche strutturali e gestionali (locali, pianta organica, eccetera)
 - 2. Caratteristiche processuali (attività e trattamenti effettuati, piani educativi, riunioni multidisciplinari, eccetera)
 - 3. Modalità di accesso ai servizi
 - 4. Servizio di Accoglienza e Informazione ("SAI?")
 - 5. Soggiorni climatici
 - 6. Trasporti.



(APPENDICE A: "fac simile per la compilazione")

SEZIONE TRE

STANDARD DI QUALITA', IMPEGNI E PROGRAMMI

E' la parte più innovativa e più caratterizzante della nostra Carta, ma anche la più impegnativa considerando l'assunzione diretta di obiettivi nella forma di standard di qualità. L'adozione di standard di qualità è l'elemento di differenza tra la "vera" Carta dei Servizi e semplici (anche se utili) "opuscoli" informativi.



IL SIGNIFICATO DEGLI "STANDARD"

La parola "*standard*", deriva da "stendardo", il vessillo che i soldati potevano riconoscere da lontano per orientarsi e in cui ritrovavano il senso globale della loro azione.

Gli standard sono essenzialmente un punto di riferimento, rappresentano la direzione, la "rotta" del miglioramento su cui ciascuna nostra Struttura Associativa deve essere impegnata.

Le famiglie con persone con disabilità intellettiva e relazionale devono poter trovare negli standard una "guida" ai livelli di qualità del servizio sia per verificare concretamente "il patto" costituito dalla Carta dei Servizi che per orientarsi nella scelta della struttura.

Gli standard, in quanto forma di garanzia, vanno sempre dichiarati pubblicamente e in modo comprensibile e appropriato al fine di essere realmente conosciuti, considerati e valutati da ciascun utente.

Formulazione degli standard

Gli standard possono essere formulati in base a indicatori o parametri "quantitativi" (è il caso classico dei tempi di attesa) o essere formulati in maniera "qualitativa" (cioè, senza fare diretto riferimento a indicatori quantitativi, ma esprimendo una garanzia rispetto a specifici aspetti del servizio, come l'accoglienza, l'informazione, le relazioni interpersonali o altro). Nel primo caso si parla propriamente di "standard basati su indicatori quantitativi", nel secondo caso di "impegni e programmi".

Gli standard basati su indicatori quantitativi possono essere *standard minimi* o *standard medi*. Gli standard minimi fanno riferimento a una soglia che deve essere comunque rispettata (per esempio, il tempo massimo di attesa per una prestazione ambulatoriale), e sono quindi verificabili direttamente da ogni singolo utente. Vengono anche chiamati "standard specifici". Gli standard medi, invece, indicano il livello medio atteso per un certo indicatore. Di conseguenza sono verificabili solo collettivamente sulla media dei risultati di un certo periodo. Vengono anche chiamati "standard generali".

Gli standard possono essere riferiti *alla struttura, al funzionamento o alla soddisfazione degli utenti*. Gli standard di struttura possono essere indicati nella Carta dei

Servizi ma rappresentano o una fotografia dell'esistente o un impegno di natura programmatica che raramente è verificabile nell'arco di tempo della validità della Carta, dati i tempi lunghi con cui è possibile modificare le strutture. Più interessanti e più tipici delle Carta dei Servizi sono gli standard relativi al funzionamento, che servono a controllare fenomeni variabili (come le liste di attesa). Infine, per certe dimensioni del servizio meno tangibili (come la chiarezza dell'informazione o l'umanizzazione), è possibile costruire standard basati su indicatori di soddisfazione dell'utenza, in particolar modo con questionari.

Gli standard possono essere validi da subito o entro una certa scadenza indicata. L'effetto degli standard è: verso l'esterno, di trasparenza nei riguardi delle persone con disabilità intellettiva e relazionale e delle loro famiglie; verso l'interno dell'organizzazione, di conoscenza e di misurazione di fenomeni critici del servizio.

FATTORI, INDICATORI E STANDARD DI QUALITÀ' *(considerazioni metodologiche)*

Il riferimento di partenza obbligato è la metodologia indicata dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 19 maggio 1995, conosciuta soprattutto per i modelli **"ad albero"**; si richiama l'attenzione sulle definizioni date in quella metodologia: "fattori", "indicatori" e "standard" di qualità.

I **fattori di qualità** sono gli aspetti di un servizio "x" che l'utente giudica importanti e rilevanti in termini di qualità quando fa l'esperienza concreta di quel servizio; esempi di "momenti" di esperienza da cui partire per l'analisi, l'elaborazione e misurazione dei fattori della qualità in una Struttura Associativa ANFFAS possono essere: prima visita-accesso, pulmino per il trasporto giornaliero casa-Centro, accoglienza, informazione e condivisione, soggiorno, servizi igienici, locali e materiali per le varie attività, vitto, trattamenti terapeutici ed educativi, assistenza alla persona, relazioni con il personale.

Da tali esperienze vissute, i fattori di qualità ricavati potranno ruotare essenzialmente intorno ad:

1. aspetti legati alle relazioni sociali: la personalizzazione e l'umanizzazione del trattamento, la capacità di rassicurazione, la cortesia e il rispetto della dignità;
2. aspetti legati alla semplicità delle procedure, come la comodità di operare le richieste telefonicamente o la facilità degli adempimenti amministrativi;
3. aspetti legati all'orientamento e all'accoglienza: segnaletica, reception, orari e collocazione dei servizi, nomi dei responsabili;
4. aspetti legati all'informazione e condivisione relativa al trattamento socio-sanitario, socio-educativo e assistenziale in genere: comprensibilità, chiarezza e completezza dei dati;
5. aspetti legati al tempo, come la tempestività, la puntualità e la regolarità del servizio;
6. aspetti legati alle strutture fisiche: sicurezza, igiene, comfort e superamento delle barriere architettoniche.

Gli **indicatori di qualità** sono variabili quantitative o parametri qualitativi che permettono di misurare un certo fenomeno, un certo aspetto del servizio.

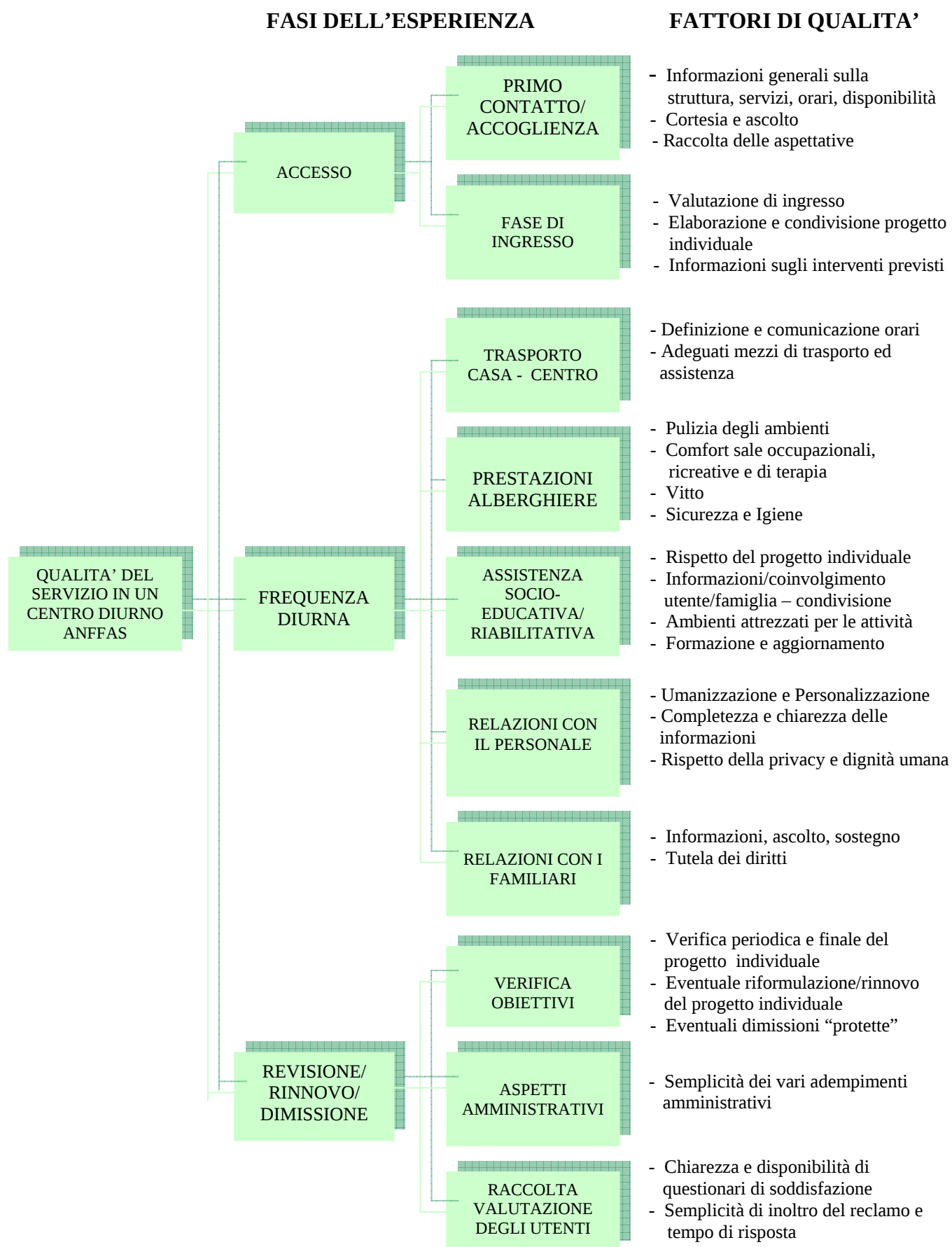
Gli **standard di qualità** sono valori attesi, espressi in base all'indicatore utilizzato.

* * * * *

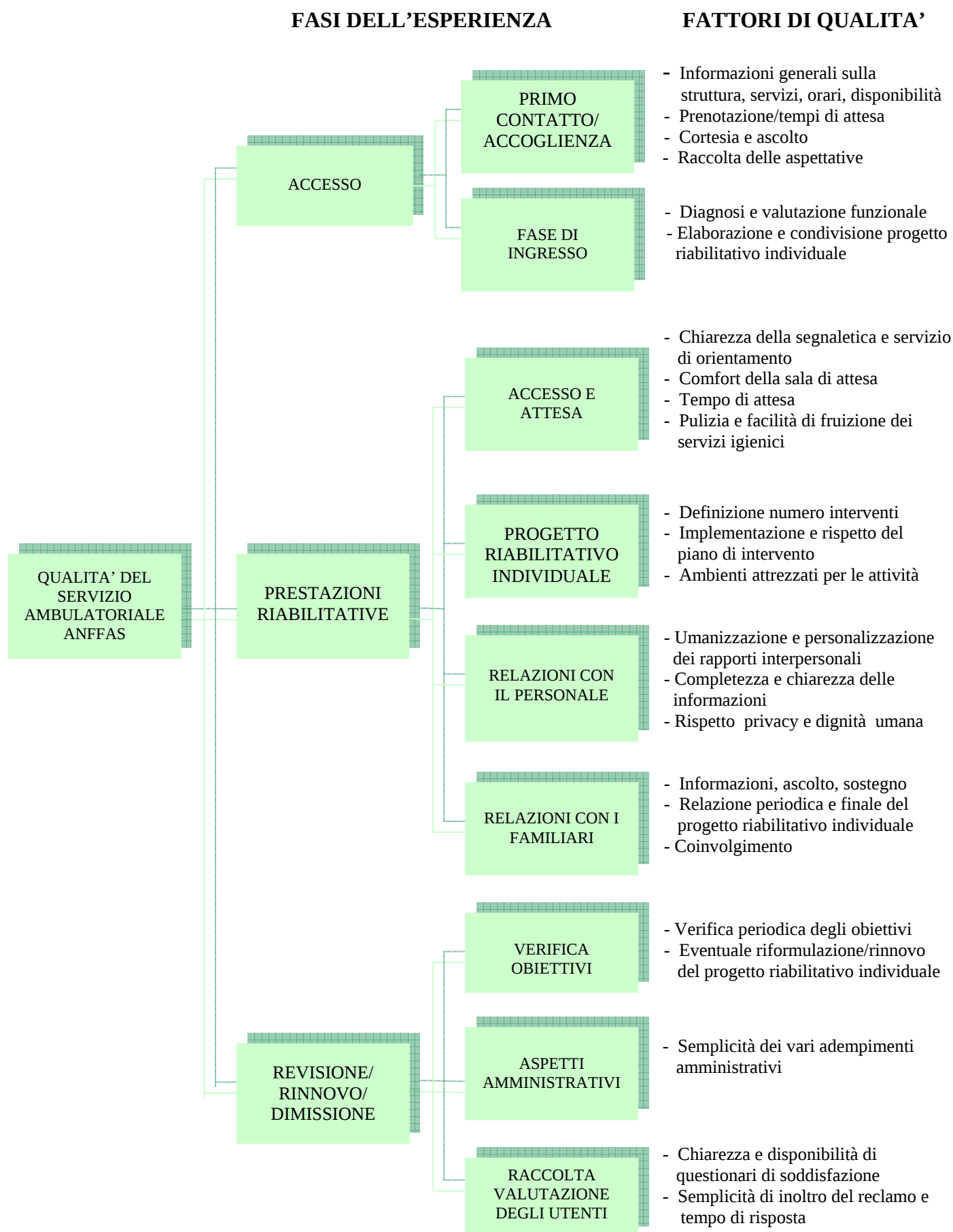
Presentiamo dunque nelle pagine successive l'elaborazione di quattro modelli "**ad albero**" relativi alle fasi e agli aspetti più tipici dell'esperienza vissuta dai nostri utenti presso una Struttura Associativa ANFFAS:

1. albero della qualità del servizio in un Centro Diurno;
2. albero della qualità del servizio in un Centro Ambulatoriale;
3. albero della qualità del servizio in un Centro Residenziale/Comunità Alloggio;
4. albero della qualità del servizio in un Soggiorno Climatico.

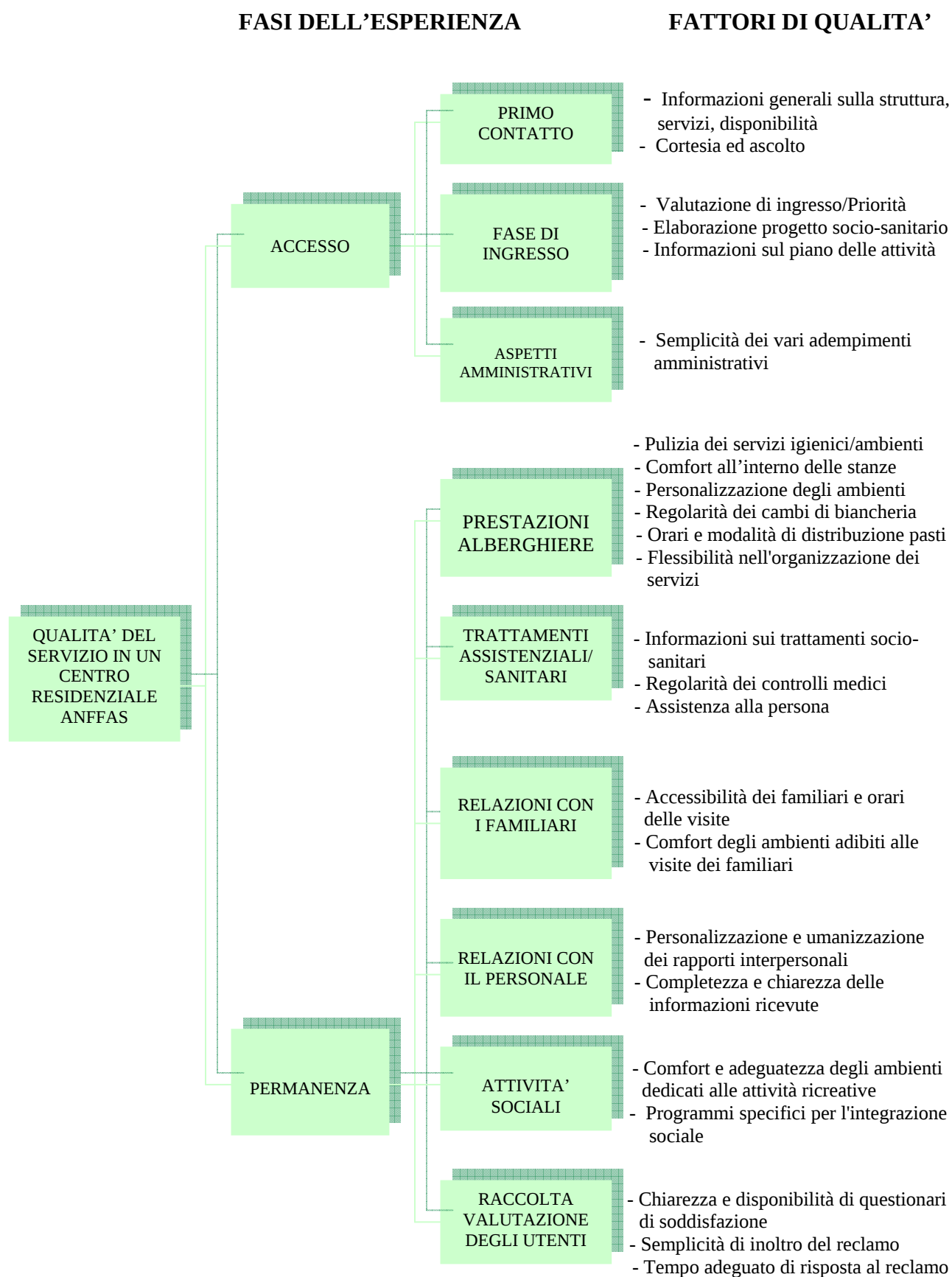
ALBERO DELLA QUALITA' IN UN CENTRO DIURNO A MARCHIO ANFFAS



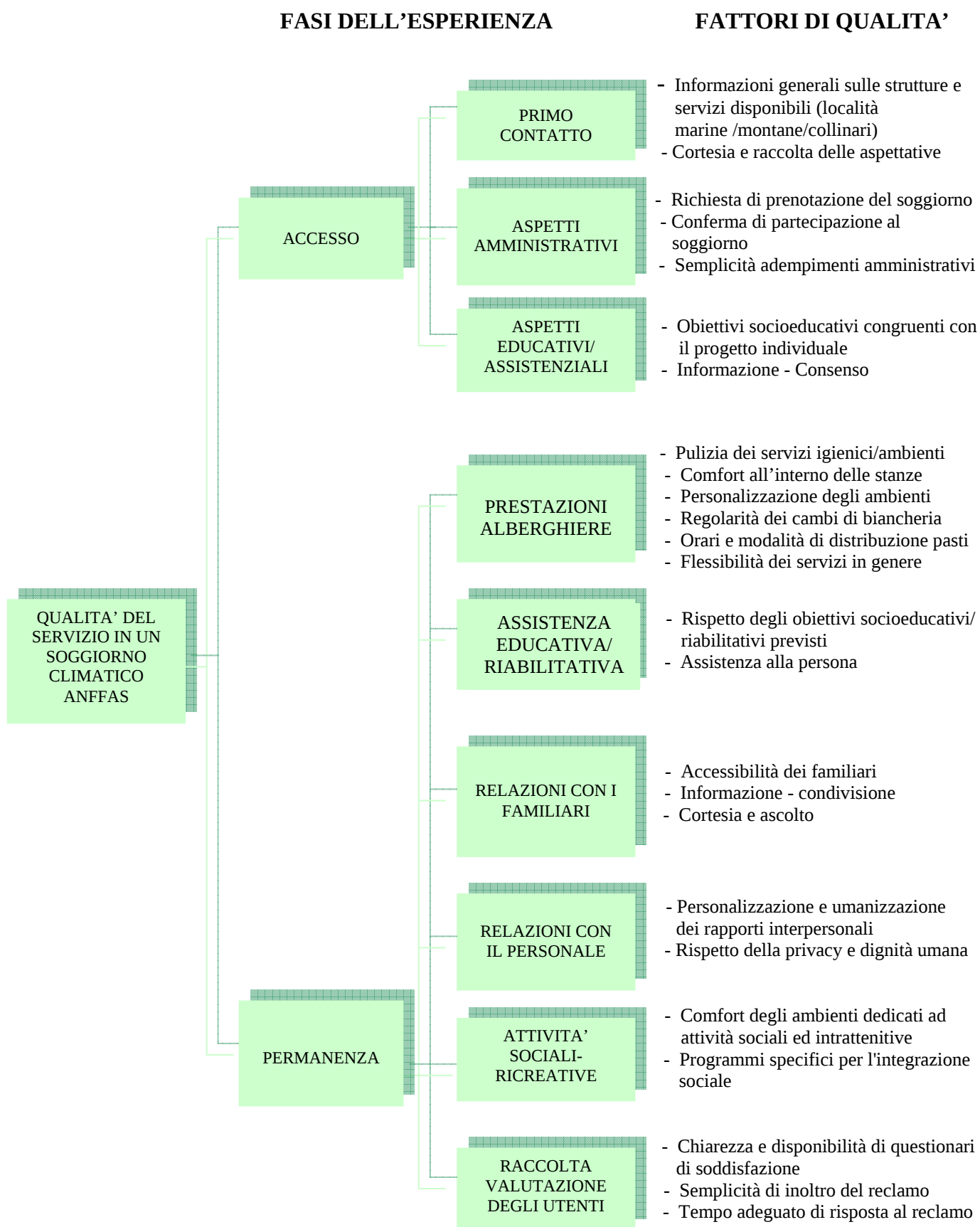
ALBERO DELLA QUALITA' DEL SERVIZIO AMBULATORIALE A MARCHIO ANFFAS



ALBERO DELLA QUALITA' DEL SERVIZIO IN UN CENTRO RESIDENZIALE A MARCHIO ANFFAS



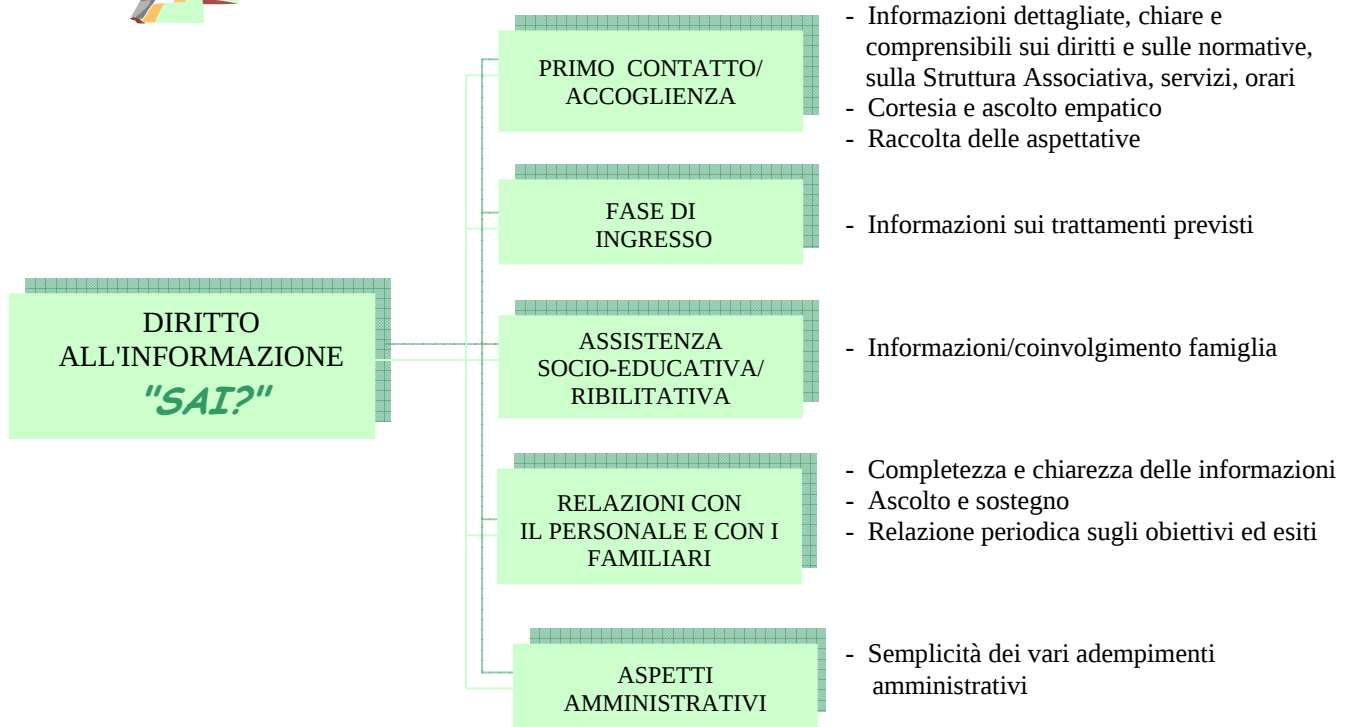
ALBERO DELLA QUALITA' DEL SERVIZIO IN UN SOGGIORNO CLIMATICO A MARCHIO ANFFAS



La nostra attenzione si sposta adesso dagli "**alberi**" ai "**rami**" più rappresentativi della qualità del servizio A MARCHIO ANFFAS, sviluppando i seguenti fattori e impegni:

- o Diritto all'Informazione - *SAI?*
- o Assistenza Socio-Educativa/Riabilitativa
- o Comunità Residenziale/Socio-Assistenziale
- o Umanizzazione e Personalizzazione
- o Prestazioni Alberghiere
- o Tutela.

QUALITA' DEL SERVIZIO A MARCHIO ANFFAS



In merito, tra gli indicatori di qualità vanno considerati:



1. il calendario dell'anno in corso
2. la localizzazione degli spazi utilizzati dal parente assistito
3. l'illustrazione dei diritti
4. il tipo di attività riabilitative ed educative programmate ed effettivamente erogate
5. il nome degli operatori di riferimento e dei responsabili: coordinatore, ecc.
6. semplificazione delle procedure amministrative - dove e a chi rivolgersi per le varie procedure
7. in che modo, con quale frequenza e su quali argomenti alla famiglia viene proposto il coinvolgimento per le procedure e i piani educativi-riabilitativi
8. dove, a chi e come inoltrare i reclami; entro quali tempi ricevere la risposta.

L'obiettivo-standard può essere individuato nella puntuale consegna a ogni famiglia di un foglio riassuntivo che contenga tutte le informazioni relative agli

indicatori di cui sopra; il testo deve essere scritto in modo chiaro e comprensibile, non deve contenere acronimi senza spiegazioni, termini tecnici e stranieri né riferimenti a norme e leggi esposte solo per siglatura. Il testo deve anche evitare di indicare le funzioni e i ruoli operanti nel servizio senza aggiungere il nominativo della persona che li ricopre. Il testo deve essere riconsegnato in caso di variazioni e modifiche al foglio precedente.

"SAI?" SERVIZIO ACCOGLIENZA E INFORMAZIONE

Per le Associazioni Socie deriva un adempimento vincolante per il mantenimento dell'affiliazione ad ANFFAS Onlus: la costituzione/avvio del "servizio di accoglienza e informazione"

Il Servizio **SAI? (Servizio Accoglienza e Informazione)** gestisce il rapporto con le famiglie e i loro bisogni e aspettative, sui diritti esigibili e sulle normative vigenti, nel segno dell'ascolto empatico e sostegno autentico.

E' indispensabile che ogni Associazione Socia sia identificata come:

1. un luogo in cui la generalità delle famiglie con persone con disabilità intellettiva e relazionale sappia di essere ascoltata;
2. un luogo in cui le istanze della famiglia relative all'accesso al sistema di protezione sociale siano prese in considerazione e non semplicemente rinviate alle istituzioni competenti;
3. un luogo in cui i problemi delle famiglie vengono realmente ascoltati, se possibile risolti, comunque realmente affrontati; quel luogo deve essere in grado di raccogliere i problemi e di porli all'attenzione delle istituzioni competenti, promuovendo e utilizzando tutte le azioni e tutti gli strumenti che ciascuna Associazione Socia sia in grado di organizzare e utilizzare.

In altre parole, se da un lato è chiaro che non si chiede di assumere la presa in carico delle istanze, si chiede però a ciascuna Associazione Socia di porsi queste semplici domande:

1. "se una famiglia si rivolge alla mia Sede, sono in grado di accoglierla, ascoltarla, indirizzarla, sostenerla, accompagnarla?"
2. "sono organizzato per fare in modo che le famiglie con persone con disabilità intellettiva e relazionale siano informate dell'evoluzione della normativa in materia di diritti?"
3. "sono in grado di attivare risorse (interne o esterne all'Associazione) per promuovere forme di ascolto e sostegno rivolte alle famiglie di persone con disabilità intellettiva e relazionale?"

Si tratta quindi di attivare una specifica attenzione verso le nostre famiglie per onorare ciò che è alla base della costituzione stessa di ANFFAS, accaduta quasi mezzo secolo fa. E' opportuno che su questo passaggio vi sia chiarezza e franchezza, perché non sono poche le situazioni in cui ANFFAS, in quanto Associazione, ha costruito il suo sviluppo e la ragione della sua esistenza in relazione ai servizi alla persona, mentre progressivamente veniva meno l'attenzione specifica e particolare alle esigenze, in termini di esigibilità e ampliamento dei diritti, della persona con disabilità intellettiva e relazionale e della sua famiglia.

Destinatari

- Famiglie naturali e/o affidatarie e/o tutori e/o amministratori di sostegno di persone con disabilità intellettiva e relazionale.

Scopo del servizio

Il servizio si configura come

- Luogo specifico di accoglienza e ascolto per la famiglia
- Luogo in cui la famiglia deve sentirsi accolta e trovare direttamente o indirettamente risposta ai bisogni espressi

Attività erogate:

- *Accoglienza:* si intende per *accoglienza* la creazione di un luogo fisico e di relazione che metta la famiglia nella condizione di essere ricevuta e ascoltata. Lo spazio deve essere identificato da una targa segnaletica riportante il logo del servizio. Si deve tendere alla creazione di uno spazio di accoglienza e ricevimento in cui si sappia ascoltare, capire o rendicontare le richieste della famiglia. In ogni caso la famiglia deve essere accolta e ascoltata, con rispetto e cortesia, e agevolata nell'esercizio dei diritti e nell'adempimento degli obblighi.

Informazione sui diritti: si intende per *informazione sui diritti* la tenuta aggiornata di notizie, dati e procedure attraverso le quali la famiglia possa accedere ai diritti previsti dalla normativa vigente (nazionale e regionale). L'operatore deve quindi essere messo nella condizione di garantire l'aggiornamento costante delle informazioni; bisogna sempre avere a disposizione materiali informativi (auto-prodotti o prodotti da altre realtà) in modo da facilitare l'accesso ai diritti da parte delle famiglie. Nei confronti dei propri soci bisogna svolgere almeno un incontro annuo in cui vengono affrontati, tra l'altro, i temi della promozione e tutela dei diritti delle persone con disabilità intellettiva e relazionale e delle loro famiglie.

- *Informazione sulla rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e assistenziali:* si intende per *informazione sulla rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e assistenziali* la tenuta aggiornata delle informazioni essenziali su
 - o tipologia del servizio (natura del servizio, rivolto a chi)
 - o ubicazione
 - o modalità di accesso dei servizi operanti nel territorio di riferimento della sede locale.
 Bisogna attivarsi in modo da aggiornare almeno annualmente la tenuta delle informazioni essenziali.

Modalità di accesso al servizio

Ogni Associazione Locale deve stabilire e rendere noto:

- il calendario
- l'orario di funzionamento
- le modalità di accesso (libero o su appuntamento)

I dati devono essere:

- comunicati ai soci
- visibili presso la sede del **SAI ?**

Ogni variazione dei dati relativi alle modalità di accesso deve essere comunicata.

INDICAZIONI GENERALI PER I SERVIZI DIURNI E RESIDENZIALI



Caratteristiche strutturali

- Descrizione della struttura

Modalità per garantire il diritto di informazione delle famiglie

La famiglia deve sapere:

- Il calendario dell'anno in corso
- la localizzazione degli spazi utilizzati dal proprio parente
- Il nome degli Operatori di riferimento e dei Responsabili del servizio
- il nome del Legale Rappresentante
- il nome del Responsabile della Sicurezza

La famiglia deve inoltre sapere

Per le procedure amministrative:

- dove e a chi rivolgersi
- le procedure amministrative in uso

Per le procedure educative-riabilitative:

- in che modo, con quale frequenza e su quali argomenti alla famiglia viene proposto il coinvolgimento

Per la presentazione di reclami:

- dove, a chi e come inoltrare i reclami
- entro quali tempi riceve la risposta
- in che modo può ulteriormente approfondire l'accaduto

Caratteristiche processuali

I servizi devono essere gestiti **garantendo obbligatoriamente per ciascun utente** la tenuta e gestione dei seguenti documenti:

- Cartella costantemente aggiornata del P.R.I. (Progetto Riabilitativo Individuale), per i Centri di Riabilitazione, e del PEI (Piano Educativo Individuale) per i Centri Socio-Educativi
- "Libretto" personale dell'ospite costantemente aggiornato (per i Servizi Residenziali socio-assistenziali)
- Piano delle verifiche periodiche e delle valutazioni di esito.

Modalità per garantire il diritto di informazione delle famiglie

Le informazioni devono essere contenute in un documento, preferibilmente di ridotte dimensioni. Tale documento è consegnato a ogni famiglia. Ogni modifica o cambiamento deve essere comunicata e trasmessa.

Specifiche

*Il testo deve essere scritto in modo chiaro e comprensibile, **non deve** contenere acronimi senza spiegazioni, termini tecnici e stranieri **né** riferimenti a norme e leggi esposte solo per siglatura.*

Oltre alle informazioni descritte nel documento, si deve obbligatoriamente organizzare:

- un incontro prima dell'ammissione al servizio, per illustrare il servizio stesso, consegnare la Carta dei Servizi
- un incontro prima dell'avvio dell'intervento per illustrarne le caratteristiche e concordarlo con la famiglia
- almeno un incontro in occasione delle scadenze di verifica del Progetto Riabilitativo Individuale e per discutere ed esaminare le valutazioni di esito

Nel rispetto basilare del diritto all'informazione e partecipazione della famiglia-utente, viene assunto l'impegno di realizzare, in riferimento a ciascun Progetto Riabilitativo, una "**scheda informativa personalizzata**" contenente informazioni dettagliate, chiare, leggibili e comprensibili sulle attività e servizi erogati all'utente in questione, considerando le diverse fasce orarie della mattina e del pomeriggio, indicando il nome e la funzione di ogni singolo componente l'equipe multidisciplinare (dallo psicologo al terapeuta, all'educatore) nonché gli obiettivi terapeutici stabiliti nel relativo progetto, numeri telefonici, orari di apertura del Centro, come procedere per richieste di ulteriori chiarimenti ed eventuali note osservative (reclami).

Segue fac-simile di "scheda informativa personalizzata"

ANFFAS Onlus - in riferimento al <i>PROGETTO RIABILITATIVO UTENTE:</i> dal al						
	LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI	SABATO
attività mattina						
	<i>pranzo</i>	<i>pranzo</i>	<i>pranzo</i>	<i>pranzo</i>	<i>pranzo</i>	
attività pomeriggio						
Orario di apertura del Centro: ore - ore dal lunedì al venerdì; ore - ore il sabato. Tel.:						
Equipe multidisciplinare: (psicologo) (neurologo) (fisiatra) (educatore) (assistente) (insegnante attività) (terapista occupazionale) (isef) (fisioterapista) (assistente sociale)						
Sono programmati periodicamente: controlli di medicina generale e specialistica; trattamenti psicologici; incontri in equipe multidisciplinare						
Obiettivi: Regolazione e appropriatezza delle emozioni e dell'affettività. Adeguatezza nelle relazioni interpersonali in famiglia e nel contesto sociale in genere (rispetto - cordialità - tolleranza - adesione alle regole). Svolgimento di compiti (iniziare - organizzare il tempo ed i materiali - affrontare le distrazioni - eseguire nella giusta sequenza e completare) in relazione ad attività manuali e pratiche di laboratorio artigianale e della vita quotidiana in genere. Cura della propria persona: ovvero lavarsi ed asciugarsi, occuparsi del proprio corpo e delle sue parti, vestirsi, mangiare. Stimolazione di funzioni neuromuscoloscheletriche con specifiche attività di fisioterapia e nuoto.						
Per eventuali informazioni, chiarimenti o note osservative , si può contattare la Direzione Sanitaria (dott.) e/o la Direzione del Centro (dott.)						
Firma della famiglia:				Firma del direttore sanitario:		

SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE

Lo strumento della semplificazione delle procedure non è da leggere in termini di esigenza di razionalizzare e ottimizzare le risorse ma come azione o insieme di azioni volte a rendere più agevole, chiaro, semplice e consapevole possibile l'accesso degli utenti al servizio; si tratta quindi di garantire il diritto a ottenere:

1. informazioni sulle modalità di funzionamento e sui costi eventuali del servizio;
2. informazioni sugli esiti delle verifiche compiute circa il rispetto degli standard promessi;
3. informazioni tempestive sui cambiamenti delle modalità di funzionamento del servizio.

Le informazioni devono essere assicurate in modo chiaro e comprensibile, con particolare attenzione quindi ai testi pubblicati, che devono essere sottoposti a revisione e a controllo di efficacia, così come ogni altro mezzo utilizzato per la divulgazione (linee telefoniche, servizi telematici, eccetera). La semplificazione delle procedure non deve quindi essere intesa come "diminuzione dei compiti degli operatori" ma, al contrario, come l'adozione di ogni procedura e provvedimento che favorisca la piena consapevolezza dell'utente nei confronti di ciò che il servizio propone.

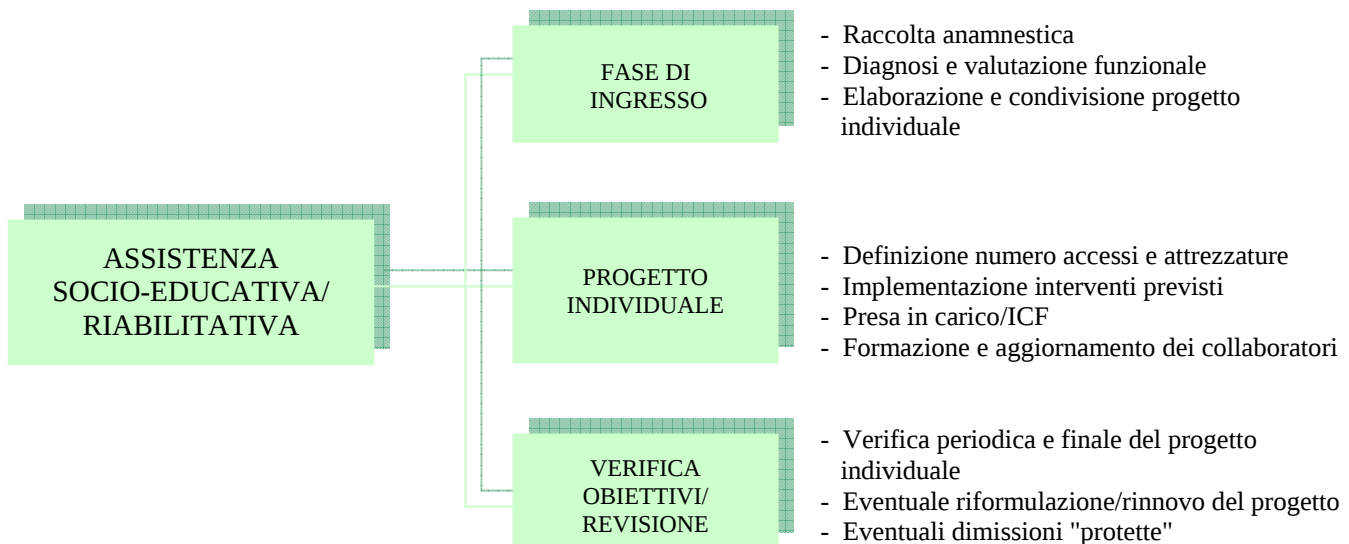
ESAUSTIVA INFORMAZIONE SULL'ASSISTENZA E SUI RISULTATI ATTESI

Il principio appartiene al "gruppo" delle azioni tese a rendere i servizi ANFFAS trasparenti e a "portata di famiglia". Bisogna pretendere che la famiglia sia adeguatamente e puntualmente informata e coinvolta nella definizione dei progetti e dei programmi.

Un'adeguata azione informativa è la base per impostare le proprie attività rispettando i principi della condivisione e della partecipazione.



QUALITA' DEL SERVIZIO A MARCHIO ANFFAS



ACCESSO IN UN CENTRO RIABILITATIVO

1) Visita di accettazione

All'atto della prima visita, l'Equipe Psico-Medica (neurologo - neuropsichiatra - fisiatra - psicologo) , attraverso un colloquio con la famiglia, deve acquisire le notizie anamnestiche e stabilire la "*diagnosi di ingresso*" del nuovo assistito e le sue possibilità riabilitative, compatibilmente con i requisiti strutturali e processuali del Centro. Nel caso in cui risultasse per le caratteristiche del soggetto l'impossibilità di un adeguato inserimento e di un altrettanto adeguato "progetto riabilitativo", è d'obbligo una risposta chiara e sollecita alla famiglia al fine di offrire il massimo appoggio nella ricerca di soluzioni alternative.

2) Fase di ingresso

Nel successivo periodo di accettazione, l'Equipe Psico-Medica deve effettuare la diagnosi; l'Assistente Sociale approfondirà il quadro in merito alla situazione ambientale e condizione familiare; vengono altresì richiesti eventuali specifici approfondimenti diagnostici da parte di altri specialisti esterni. Le relative informazioni e indicazioni devono essere concordemente trasmesse dall'Equipe Psico-Medica (ciascuno specialista nel rispettivo settore d'interesse) a tutte le figure professionali, tutoriali ed assistenziali del Centro.

La "*valutazione funzionale*" viene invece effettuata dai seguenti tecnici della riabilitazione in organico:

- a) Terapista Occupazionale – Fisioterapista - Logopedista (per le capacità inerenti le funzioni mentali globali e specifiche, le funzioni sensoriali, le funzioni neuromuscoloscheletriche, le funzioni della voce);

b) Educatore Professionale (per le capacità sociali e comportamentali).

L'Equipe Psico-Medica – congiuntamente con le suddette figure professionali – deve elaborare dunque un primo “progetto riabilitativo” per il nuovo assistito, con l'esplicitazione di obiettivi (a breve e medio termine) e piani operativi di lavoro. Anche gli Insegnanti di “attività manuali e pratiche”, sulla base di quanto definito nel “progetto riabilitativo” e tenendo presenti le indicazioni dell'Equipe Psico-Medica e dei tecnici, devono formulare un loro specifico piano individuale, calibrando le attività occupative “manuali e pratiche” ai vari livelli di capacità residuali dell'assistito in questione.

L'Assistente deve concorrere nella pratica quotidiana al raggiungimento e al mantenimento delle autonomie di base e cura della persona, tutelando e supportando l'assistito lungo un determinato tracciato riabilitativo.



IL PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

In un Centro Riabilitativo, il complesso delle attività e dei servizi deve essere regolato dal “Progetto Riabilitativo Individuale”; gli utenti, a seconda delle proprie specifiche disabilità, usufruiscono così di trattamenti riabilitativi *estensivi* o di trattamenti riabilitativi di *mantenimento* (Linee-guida Ministero della Sanità 7 maggio 1998).

Si erogano trattamenti riabilitativi estensivi su persone giovani ma anche di età adulta con esiti di patologie ancora suscettibili di ulteriore recupero funzionale e sociale; il progetto riabilitativo, rinnovabile, ha durata 180 giorni.

Si erogano trattamenti riabilitativi di mantenimento su persone in genere di età adulta con disabilità permanenti o stabilizzate o con rischio di involuzione; il progetto, in tali casi, ha durata annua, naturalmente rinnovabile. Tali persone necessitano di interventi orientati a mantenere l'eventuale residua capacità funzionale e sociale o contenerne il deterioramento.

Indispensabile nel lavoro per progetti è l'approccio multidisciplinare: ogni percorso riabilitativo deve essere cioè affrontato “insieme”, da una squadra integrata di operatori sanitari e socio-sanitari costituita intorno alla persona; ogni operatore deve mettere a disposizione la propria specifica professionalità e competenza, modellandosi ed integrandosi, al tempo stesso, alle professionalità e competenze degli altri componenti l'équipe riabilitativa, concorrendo, in maniera il più possibile congiunta, alla crescita della persona in trattamento.

OBIETTIVI DI BASE STABILITI ALL'INIZIO DI UN PROGETTO RIABILITATIVO

- Regolazione e appropriatezza delle emozioni e della affettività
- Controllo del pensiero in relazione a: incoerenza, manie ed ossessioni
- Adeguatezza nelle relazioni interpersonali semplici e/o complesse in famiglia e nel contesto sociale in genere (nel senso del rispetto, cordialità, tolleranza, adesione alle regole, moderazione di impulsi ed aggressività)
- Apprendimento e svolgimento di compiti semplici e/compleksi (iniziare – organizzare il tempo ed i materiali – affrontare le distrazioni – eseguire nella giusta sequenza – completare); attività di pensiero – problem solving
- Cura della propria persona, ovvero lavarsi e asciugarsi, occuparsi del proprio corpo e delle sue parti, vestirsi, mangiare
- Potenziamento della comunicazione verbale (relativamente al tono, volume, fluidità dell'eloquio) - conversazione
- Potenziamento della tonicità muscolare.

CONTENUTI INFORMATIVI DEL PROGETTO RIABILITATIVO

- a. caratteristiche della struttura
- b. dati anagrafici dell'utente
- c. modalità di richiesta dell'intervento
- d. profilo complessivo della condizione di disabilità (Manuale ICF)
- e. definizione del livello di gravità della disabilità complessiva
- f. descrizione della/e disabilità oggetto dell'intervento (al tempo 0)
- g. definizione del livello di gravità della/e disabilità oggetto dell'intervento (al tempo 0)
- h. data di inizio dell'intervento
- i. durata prevista dell'intervento
- j. modalità di erogazione dell'intervento
- k. attività e procedure che verranno utilizzate nella effettuazione dell'intervento
- l. definizione dell'impegno assistenziale richiesto in personale e attrezzature
- m. n° complessivo di contatti necessari per la realizzazione dell'intervento
- n. obiettivo dell'intervento terapeutico in termini di riduzione % della disabilità trattata

CONTENUTI INFORMATIVI DEL RAPPORTO CONCLUSIVO DEL PROGETTO RIABILITATIVO

- a. descrizione della/e disabilità oggetto dell'intervento (alla fine dell'intervento)
- b. definizione del livello di gravità della/e disabilità oggetto dell'intervento (alla fine dell'intervento)
- c. data di conclusione dell'intervento
- d. attività e procedure utilizzate nella effettuazione dell'intervento
- e. riduzione % della disabilità trattata

Per la definizione del profilo complessivo della condizione di disabilità dell'utente, delle disabilità oggetto dell'intervento, nonché del livello di gravità, si consiglia l'uso del Manuale della Classificazione Internazionale del Funzionamento e delle Disabilità **ICF** dell'OMS (Organizzazione Mondiale Sanità), con i relativi codici alfanumerici e qualificatori delle menomazioni delle funzioni e limitazioni delle attività.

L'attività "educativo-riabilitativa" è di fatto la protagonista di ciascun Progetto Riabilitativo Individuale: investe numerose aree e i vari programmi d'intervento devono essere tarati secondo le caratteristiche del singolo utente:

AREA SENSO-PERCETTIVA

- o Utilizzo funzionale dei sensi residui e dei sensi vicarianti, finalizzato all'acquisizione (e al mantenimento) delle abilità utilizzabili nelle varie espressioni comunicative e dell'autonomia personale, relazionale e operativa.

AREA COGNITIVA

- o Sollecitazione delle funzioni attentive, mnestiche e di processi intermodali per l'acquisizione dei prerequisiti dell'apprendimento dei concetti di base e - quando possibile - di fondamentali conoscenze scolastiche.
- o Sollecitazione dei processi di apprendimento e delle competenze cognitive in termini di intelligenza senso-motoria, intelligenza rappresentativa e *problem solving*, nonché delle abilità integranti.

ORIENTAMENTO E MOBILITA'

- o Sviluppo delle competenze percettive, cognitive e psicomotorie ai fini dell'acquisizione delle abilità necessarie per l'orientamento e la mobilità; successivo insegnamento di tecniche per lo spostamento autonomo in ambiente conosciuto o esterno.
- o Realizzazione e personalizzazione di ausili per l'orientamento, la premobilità e lo spostamento e insegnamento per il loro corretto utilizzo.

AREA DELLA COMUNICAZIONE

- o Sviluppo della distinzione del sé e del non-sé per procedere alla relazione con l'altro e con l'ambiente circostante; sviluppo dell'intenzionalità al dialogo.
- o Sviluppo della componente ricettiva ed espressiva (apprendimento e utilizzo dei codici comunicativi).
- o Sviluppo del linguaggio attraverso terapie logopediche.
- o Realizzazione e personalizzazione di ausili tecnologici per incentivare e facilitare la comunicazione.

AREA MOTORIA

- o Sviluppo e rafforzamento delle abilità grosso-motorie.
- o Sviluppo o acquisizione delle abilità fini-motorie, di coordinazione da utilizzare nelle aree.
- o Impiego della fisiokinesiterapia, della idrokinesiterapia (piscina) per il corretto assetto delle posture e della deambulazione.
- o Individuazione e abilitazione all'uso di protesi e ausili per la deambulazione.
- o Sviluppo della conoscenza del proprio corpo e delle funzioni delle varie parti in relazione alla coscienza del proprio corpo rispetto allo spazio.

AREA ADATTIVO-SOCIALE

- o Sviluppo delle abilità di gestione delle proprie emozioni e dell'autocontrollo comportamentale nelle varie situazioni di vita quotidiana e nel rapporto con l'altro.
- o Sviluppo di un armonico ed equilibrato concetto di sé e di autostima.
- o Sviluppo di rapporti soddisfacenti nelle interazioni con gli altri e con gli oggetti.
- o Sollecitazione di comportamenti adattivo-sociali funzionali e in relazione ad ambienti esterni ecologicamente rilevanti (negozi, strutture ricreative, mezzi pubblici, ecc.).
- o Programmazione di *tirocini* in ambienti di lavoro per giovani con buone possibilità di apprendimento.

AREA DELL'AUTONOMIA PERSONALE

- o Mantenimento delle abilità raggiunte e potenziamento delle competenze nelle azioni di cura della propria persona: lavarsi, vestire, mangiare, controllo sfinterico.
- o Sviluppo, acquisizione e recupero dell'autonomia nell'uso e nella cura degli indumenti.
- o Sviluppo, potenziamento e consolidamento delle abilità di gestione, delle attività domestiche e di cucina.
- o Sviluppo e potenziamento delle abilità prelaborative.

LA "PRESA IN CARICO" DAL PUNTO DI VISTA DELL'ICF

ANFFAS si sente ed è una GRANDE FAMIGLIA che si ispira ai principi di solidarietà, rispetto, amicizia e, in termini di servizio, alla "**PRESA IN CARICO**" delle persone con disabilità intellettiva e relazionale tramite la elaborazione, l'implementazione e la verifica costante di "**progetti di vita**" individualizzati.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità attraverso l'ICF, ovvero il manuale di "Classificazione Internazionale del Funzionamento, Disabilità e Salute", pone in primissimo piano e luce il tema cruciale della presa in carico globale della persona con problematiche "condizioni di salute". Secondo l'ICF, ogni persona bisognosa di aiuto deve essere considerata comunque in chiave *biopsicosociale*: non solo sul piano anatomico-fisiologico, ma anche (e, per alcuni versi, soprattutto) sul piano "personale" e dei "fattori ambientali".

Secondo il linguaggio ICF, DISABILITA' significa essenzialmente LIMITAZIONE e RESTRIZIONE nella PARTECIPAZIONE, nel COINVOLGIMENTO e INCLUSIONE di una persona nelle varie attività e situazioni della vita quotidiana. Molto spesso una menomazione delle funzioni e/o strutture corporee diventa disabilità a causa di fattori ambientali negativi, costituenti vere e proprie barriere e ostacoli nella "performance" del proprio vivere quotidiano, dai "domini" di base tipo apprendimento e svolgimento di compiti e azioni elementari ai "domini" più impegnativi e complessi tipo scuola, lavoro, vita economica e sociale.

Quando si elabora un PROGETTO INDIVIDUALE, che sia di vita oppure di sei mesi soltanto, bisogna considerare e analizzare attentamente l'incidenza di ciò che il manuale ICF chiama "fattori ambientali", quali i prodotti e le tecnologie di assistenza, le relazioni ed il sostegno sociale, gli atteggiamenti ed i pregiudizi, i servizi, i sistemi e le politiche. Quindi, la presa in carico globale significa presa in carico non solo delle menomazioni fisiche e delle oggettive limitazioni nello svolgimento ed esecuzione di un compito o azione; significa monitorare attentamente – uno ad uno – anche i "fattori ambientali", sottolineando quelli che in quanto a valenza negativa (barriere) possono trasformare una menomazione e/o limitazione in vera e propria DISABILITA', restringendo la PARTECIPAZIONE, il prendere parte, l'inserimento nelle quotidiane situazioni di vita, l'esserci nei vari "domini".

La DISABILITA' VERA si ha quando la "performance" (ovvero ciò che una persona fa nel suo ambiente attuale e reale) è compromessa e ristretta ancor più della oggettiva non abilità di eseguire un determinato compito o azione.

Ecco la grande lezione dell'ICF: bisogna prendere in carico la persona ed il suo intero ambiente familiare e contesto di vita.

Merito dell'ICF è saper dimostrare in maniera scientifica – usando un linguaggio internazionale codificato e comune a tutti gli operatori – che l'unica strada efficace è la presa in carico globale al fine di evitare la caduta nella DISABILITA', progettando un percorso a rete di interventi e prestazioni finalizzate ad incrementare il livello di "performance", svelando con sistematicità e chiarezza il grado di incidenza "ambientale", agendo al fine di trasformare barriere e ostacoli in facilitatori.

COINVOLGIMENTO UTENTE/FAMIGLIA - CONDIVISIONE

Ogni Struttura Associativa deve mirare alla specializzazione delle attività erogate (nel rispetto delle caratteristiche e dei bisogni individuali delle persone con disabilità intellettiva e relazionale e delle loro famiglie), alla definizione di specifiche procedure atte a valutare e verificare periodicamente l'efficacia dei programmi e degli interventi, al coinvolgimento reale della famiglia in tutte le fasi dell'intervento.

Il diritto all'informazione e al coinvolgimento prevede che la famiglia sia messa nella condizione di partecipare il più possibile alla programmazione delle attività (diritto di scelta), che conosca e approvi il programma e, più in generale, che condivida le mete educative, gli obiettivi, i tempi e le modalità di verifiche, eccetera. Ma non basta.

La consapevolezza del ruolo principale svolto dalla **famiglia** nel promuovere la crescita cognitiva, affettiva e comportamentale della persona con disabilità in carico deve indurre ogni Struttura Associativa a includere nei programmi di assistenza riabilitativa e socio-educativa anche interventi diretti e indiretti sulle famiglie, che diventano così, nello stesso tempo, destinatari di aiuto e co-attori responsabili del processo di recupero e crescita del loro congiunto. Il lavoro con le famiglie deve essere dunque sviluppato su due versanti di base:

1. obbligo di instaurare un rapporto costante e produttivo con la famiglia, basato su una chiara informazione, sulla disponibilità all'ascolto ed all'aiuto;
2. programmazione di colloqui con responsabili sanitari e sociosanitari della Struttura che diano al rapporto sicurezza e fiducia; vanno preventivamente conosciute le convinzioni e gli atteggiamenti educativi dei genitori affinché acquisiscano alcuni apprendimenti tecnico-pratici sul come continuare a seguire i figli.

ATTREZZATURE

Si intende in questo contesto per "attrezzature" l'insieme di tutti i beni che concorrono in maniera diretta o indiretta alla qualità delle prestazioni socio-educative e riabilitative.

Le attrezzature necessarie allo sviluppo dei processi di erogazione dei servizi hanno un impatto molto forte sul livello qualitativo ottenuto e la loro corretta gestione è fondamentale ai fini della credibilità oggettiva dei valori risultanti dal loro utilizzo.

La gestione delle attrezzature, dalla definizione dei bisogni di acquisto alla loro alienazione, è caratterizzata da una forte interfunzionalità ed è necessario definire, in fase di pianificazione, le responsabilità che vengono delegate alle varie articolazioni organizzative.

Nella gestione delle attrezzature è necessario salvaguardare alcuni aspetti di base:

adeguatezza

1. rispondere ai requisiti tecnici previsti in sede di pianificazione;
2. rispondere ai requisiti minimi di sicurezza previsti in sede di pianificazione;
3. dotazioni coerenti con i volumi di attività previsti in pianificazione;
4. strutture adeguate per la sistemazione logistica.

disponibilità all'uso

Essa viene garantita almeno con le seguenti attività:

1. identificazione e rintracciabilità delle attrezzature;
2. pianificazione della manutenzione preventiva e correttiva;
3. addestramento del personale preposto all'uso;
4. idoneità delle attrezzature tramite programmi di verifiche periodiche.

SERVIZIO TRASPORTO



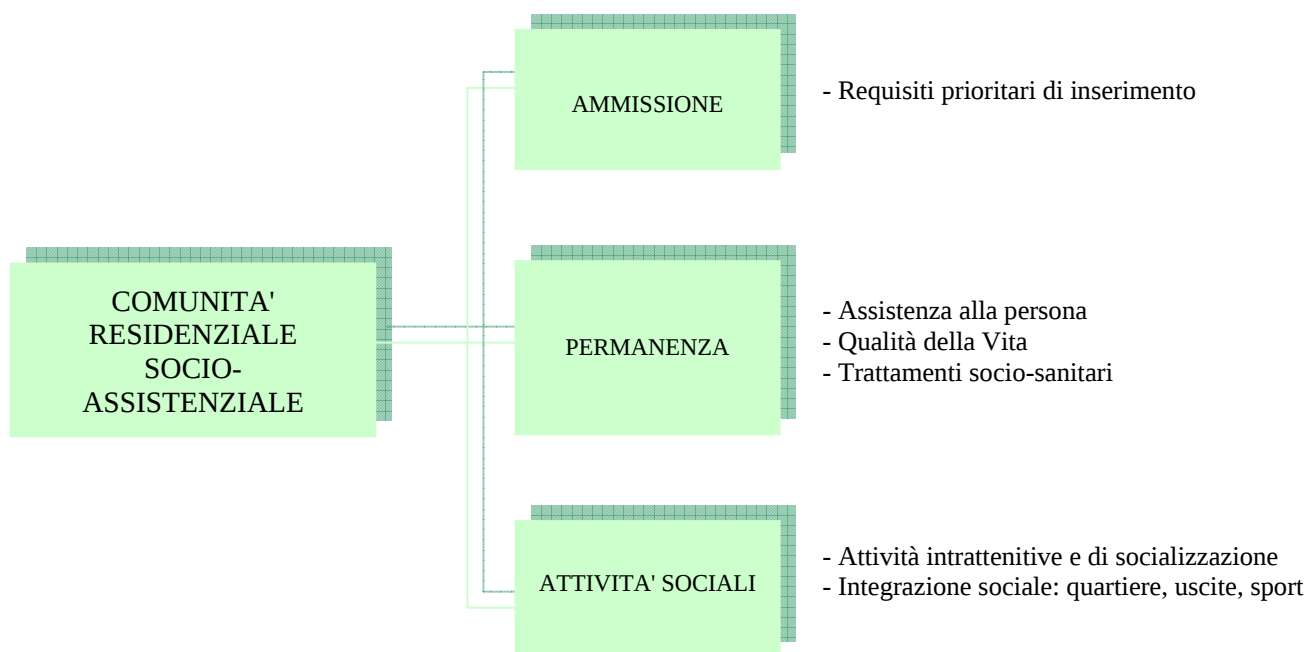
Ogni assistito deve essere prelevato sotto la propria dimora, a un dato orario convenuto, ed essere trasportato al Centro Diurno di appartenenza tracciando percorsi il più possibile diretti e viaggiando in pulmini provvisti mediamente di n. 9 posti e di adeguato programma di manutenzione, con il supporto dell'assistente/accompagnatore.

Definizione delle modalità di svolgimento della funzione di accompagnatore (*assistente*) sui mezzi di trasporto del servizio:

- o l'accompagnatore deve sempre controllare che tutti gli ospiti siano saliti sul mezzo di trasporto;
- o l'accompagnatore aiuta gli ospiti a salire/scendere sul/dal mezzo di trasporto: l'aiuto deve essere tale da consentire la salita/discesa, giungendo anche all'aiuto fisico totale nel caso in cui l'ospite non sia autonomo;
- o l'accompagnatore deve sempre scendere dal mezzo di trasporto per aiutare l'ospite;
- o l'accompagnatore deve segnalare tempestivamente ed appena possibile al personale educativo (del servizio cui è iscritto l'ospite), o ai familiari, qualunque evento riguardante l'ospite stesso;
- o l'accompagnatore è ritenuto responsabile della mancata consegna di messaggi, plichi o altra comunicazione sia al personale sia ai familiari;
- o l'accompagnatore deve attenersi agli orari fissati;
- o l'accompagnatore deve mantenere un comportamento che sia sensibile e disponibile alle esigenze dell'ospite, sapendo che il suo comportamento (sia esso verbale sia non verbale) può rappresentare un modello per gli ospiti.



QUALITA' DEL SERVIZIO A MARCHIO ANFFAS



COMUNITA' RESIDENZIALI

Il Responsabile Tecnico di una Comunità Residenziale Socio-Assistenziale in particolar modo deve:

- o curare l'instaurarsi di un rapporto referenziale di fiducia con ogni ospite, valutandone i bisogni, le difficoltà e le capacità;
- o formulare, in accordo con i collaboratori, i programmi socio-educativi individuali e di gruppo, verificandone l'andamento;
- o indirizzare e sostenere i collaboratori nel definire i rapporti con gli ospiti e con le famiglie;
- o supervisionare la formulazione operativa dei turni di lavoro;
- o individuare attività e iniziative di integrazione presenti sul territorio;

- o occuparsi dell'organizzazione dei pasti e della scelta del menu, nel rispetto delle preferenze degli ospiti e di eventuali indicazioni dietologiche;
- o tutelare la cura e l'igiene di ogni ospite, verificandone sistematicamente l'immagine, il corredo e l'abbigliamento;
- o vigilare sulla corretta esecuzione delle indicazioni sanitarie nonché sulla regolare somministrazione di terapie farmacologiche;
- o verificare periodicamente il grado di soddisfazione degli ospiti e dei familiari relativamente alla qualità della vita;
- o predisporre la stesura di documentazione relativa al servizio (schede, relazioni, programmi, piani individuali, eccetera) e verificare che gli strumenti di comunicazione e osservazione come il "diario giornaliero" siano costantemente aggiornati;
- o verificare le pulizie degli ambienti, curare le soluzioni di arredamento in armonia con le esigenze degli ospiti e occuparsi degli aspetti manutentivi ordinari della struttura;
- o essere sempre reperibile per rispondere a situazioni di emergenza.

Ogni struttura residenziale deve caratterizzarsi, dal punto di vista della tipologia edilizia, come casa di civile abitazione ed essere ubicata in zona abitata, servita da mezzi pubblici e da servizi commerciali e ricreativi e rispettare pienamente i requisiti sulla sicurezza, l'igiene e l'abbattimento delle barriere architettoniche. Gli ospiti devono essere accolti in ambienti confortevoli rispondenti alle dimensioni previste dalla normativa e dotate di suppellettili adeguate e personalizzate; devono essere garantiti spazi individuali e spazi comuni per la vita di relazione, come soggiorno e sala pranzo.

Di norma, ogni struttura residenziale deve funzionare ininterrottamente nell'arco delle ventiquattro ore, per l'intera settimana e per tutto l'anno e accogliere gruppi con caratteristiche omogenee o, comunque, compatibili.

Agli ospiti, attraverso "**progetti di vita individualizzati**" che tengano conto delle caratteristiche psicofisiche, dei bisogni e del livello di autosufficienza, si deve garantire:

- o assistenza alle funzioni di base;
- o attività educative indirizzate all'autonomia personale;
- o continuità dell'assistenza riabilitativa, da effettuarsi preferibilmente all'esterno in ambulatori o Centri Diurni;
- o attività di socializzazione e di inserimento sociale coinvolgendo le risorse territoriali – culturali, ricreative, sportive, lavorative, eccetera.

Strumento operativo di organizzazione delle suddette attività e interventi deve essere il "**libretto**" personale dell'ospite, su cui vanno documentati i dati anamnestici sociali e sanitari, i trattamenti sanitari e sociosanitari fruiti sia all'interno che all'esterno della struttura, le valutazioni periodiche del programma socio-educativo.

Il personale di ogni struttura residenziale socio-assistenziale deve essere costituito da educatori professionali, assistenti ed animatori socio-culturali in numero proporzionalmente necessario ai bisogni accertati degli ospiti; è tenuto alla piena osservanza dei principi deontologici professionali ed in particolar modo:

- o a prestare la propria opera a favore degli ospiti con attenzione, comprensione e rispetto autentici, garantendo loro la fruizione degli stessi diritti conformemente al principio dell'equità;
- o a instaurare e consolidare un rapporto di fiducia con gli ospiti e le famiglie, garantendo il massimo riserbo su fatti di cui in qualsiasi modo venisse a conoscenza.

Considerato il tipo stabile di convivenza e sulla base dei programmi socio-educativi, gli operatori devono:

- o favorire la partecipazione attiva di ogni ospite alla vita di gruppo, evitando rapporti di dipendenza e attuando momenti di socializzazione, di animazione e di partecipazione a iniziative culturali e ricreative presenti sul territorio;
- o curare l'igiene personale e le autonomie di base degli ospiti, la corretta assunzione dei farmaci prescritti e l'utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso, individuare i sintomi più comuni di allarme, intervenire in termini di "primo soccorso" e provvedere alle piccole medicazioni, riferirsi a specifici protocolli per la sicurezza degli ospiti negli ambienti di vita riducendo al massimo i rischi, disbrigare le pratiche burocratiche;
- o collaborare al governo della casa occupandosi della pulizia e della manutenzione di stanze e arredi, del cambio e della cura della biancheria, degli acquisti necessari, della preparazione dei pasti, della sanificazione ambientale;
- o lavorare in équipe e utilizzare strumenti informativi di uso comune come schede, diari, eccetera, per la registrazione di quanto rilevato durante il servizio.

I turni di lavoro vanno organizzati in modo da assicurare la necessaria continuità di presenza nelle ventiquattro ore, secondo un calendario mensile concordato. Di regola, l'organizzazione funzionale di ogni struttura deve prevedere due assistenti per l'intero turno di lavoro diurno, coordinati nelle ore di maggiore operatività, anche nei giorni festivi, da un educatore professionale che privilegi in particolare interventi mirati alla comunicazione, all'autonomia e ai problemi comportamentali che possono emergere nelle relazioni interpersonali.

Vanno effettuate periodiche riunioni di équipe tra il Responsabile Tecnico e gli operatori della struttura, al fine di esaminare:

- o il clima emotivo e la qualità del rapporto degli operatori con gli ospiti;
- o le modalità con cui gli operatori svolgono il programma concordato;
- o le eventuali innovazioni introdotte e gli esiti così come le discordanze o i conflitti nell'atteggiamento operativo;
- o le aree su cui si può ulteriormente operare sulla base dell'esperienza del quotidiano, nel rispetto delle necessità man mano espresse dagli ospiti;
- o gli aspetti organizzativi di routine o imprevisti.

Nel definire l'ordine del giorno delle riunioni, il Responsabile Tecnico, sulla base dei "progetti di vita individualizzati" e dei bisogni emergenti, può prevedere la partecipazione di operatori esterni; l'obiettivo è arrivare a coordinare le varie realtà interagenti,

favorendo la collaborazione nel lavoro quotidiano di tutti gli operatori ed evitando il sorgere di conflittualità deresponsabilizzanti.

La vita quotidiana all'interno della struttura deve possedere le caratteristiche tipiche di una situazione familiare; gli ospiti, nel rispetto delle basilari regole di convivenza, possono godere di spazi di autonomia con la possibilità di dedicarsi alle attività preferite; peraltro, sono considerate opportunità significative per la crescita personale e di gruppo attività come il riassetto della casa, i piccoli acquisti, la preparazione dei pasti, eccetera.

INCONTRI CON I FAMILIARI

Massima cura va posta nel mantenere costanti rapporti tra gli ospiti, i loro familiari e il nucleo di provenienza in genere; tali rapporti non solo vanno conservati ma, possibilmente, potenziati.

Previo accordo con il Responsabile Tecnico, nel rispetto della programmazione delle attività degli ospiti, i familiari possono:

- o prelevare il loro congiunto nei fine settimana o in altri periodi;
- o far visita presso la struttura nei pomeriggi, fino alle ore diciannove.

L'obiettivo è soddisfare il "bisogno di appartenenza" di ogni ospite con periodici ritorni a casa, per ritrovare la propria camera, le proprie cose, gli amici, a sostegno di una separazione accettata e non imposta.

AMMISSIONE

I seguenti requisiti vanno valutati come prioritari:

1. assenza di ambedue i genitori;
2. assenza di un genitore;
3. anzianità dei genitori;
4. malattie gravi dei genitori;
5. condizioni sociali, ambientali e relazionali familiari gravi;
6. compatibilità con gli altri ospiti.

CORREDO PERSONALE E ARREDAMENTO

Ogni ospite, al momento del suo ingresso, deve portare un corredo personale in ottimo stato, da rinnovare periodicamente, sia in funzione del suo consumo che dell'alternarsi delle stagioni; il rinnovo – sulla base delle necessità e dei tempi segnalati dal Responsabile Tecnico - è a carico dei familiari o del tutore. Il corredo sarà inventariato e affidato stabilmente al personale di assistenza.

Gli ospiti possono anche contribuire all'arredamento della propria camera e/o della struttura in genere, nel rispetto dell'armonia della stessa.

DIMISSIONI

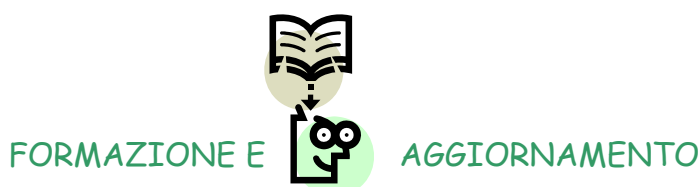
L'eventuale dimissione dell'ospite dalla struttura residenziale, sia per rinuncia che per mutate necessità sanitarie che esigono una diversa tutela, dovrà essere discussa e concordata tra la Struttura Associativa, la famiglia ed i servizi territoriali di competenza.

QUALITA' DELLA VITA - QdV

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la QdV è la percezione di una persona della propria posizione nella vita e nel contesto della cultura e del sistema di valori in cui vive, in relazione ai suoi scopi, aspettative, standard e occupazioni. La Qualità della Vita è quindi una misura complessa costituita da innumerevoli varianti, valutabili o meno, comunque riconducibili alla sensazione soggettiva di benessere, inteso come fattore di congruenza tra richieste, aspettative e bisogni degli utenti e opportunità, servizi e diritti usufruibili.

Concorrono a migliorare la Qualità della Vita delle persone con disabilità e delle loro famiglie:

- o l'acquisizione, il potenziamento e il recupero delle capacità personali;
- o la presenza di supporti ambientali esterni (prodotti e tecnologie di assistenza, relazioni e sostegno sociale, atteggiamenti, servizi, sistemi e politiche).



La promozione e la riabilitazione delle persone con disabilità intellettiva e relazionale passano attraverso la conoscenza e la ricerca medica, psicologica, pedagogica e scientifica in genere. Al riguardo, ANFFAS onlus risulta dal gennaio 2002 accreditata in via definitiva (dopo l'iniziale fase transitoria) al progetto E.C.M. (Educazione Continua in Medicina), gestito dal Ministero per la Salute, per la formazione e aggiornamento del personale medico, riabilitativo ed educativo. Ciò significa che ANFFAS onlus può richiedere all'apposita Commissione Ministeriale l'accREDITAMENTO di eventi formativi organizzati da ogni Associazione Socia locale di cui si ritenga adeguato il livello qualitativo: al riguardo, ogni Associazione Socia dovrà far pervenire ad ANFFAS onlus le proprie proposte formative, per essere valutate e dunque inoltrate al Ministero. Come noto, l'attribuzione di punteggio a ogni singola iniziativa formativa risulta importante dal momento che le figure sanitarie interessate devono dimostrare di avere conseguito ogni anno un certo numero di C. F. (Crediti Formativi).

Ma i collaboratori vanno anche periodicamente formati al fine di un reale coinvolgimento e partecipazione nella corretta gestione degli standard e impegni di qualità più "fisiologicamente ANFFAS" fissati nella nostra Carta dei Servizi.

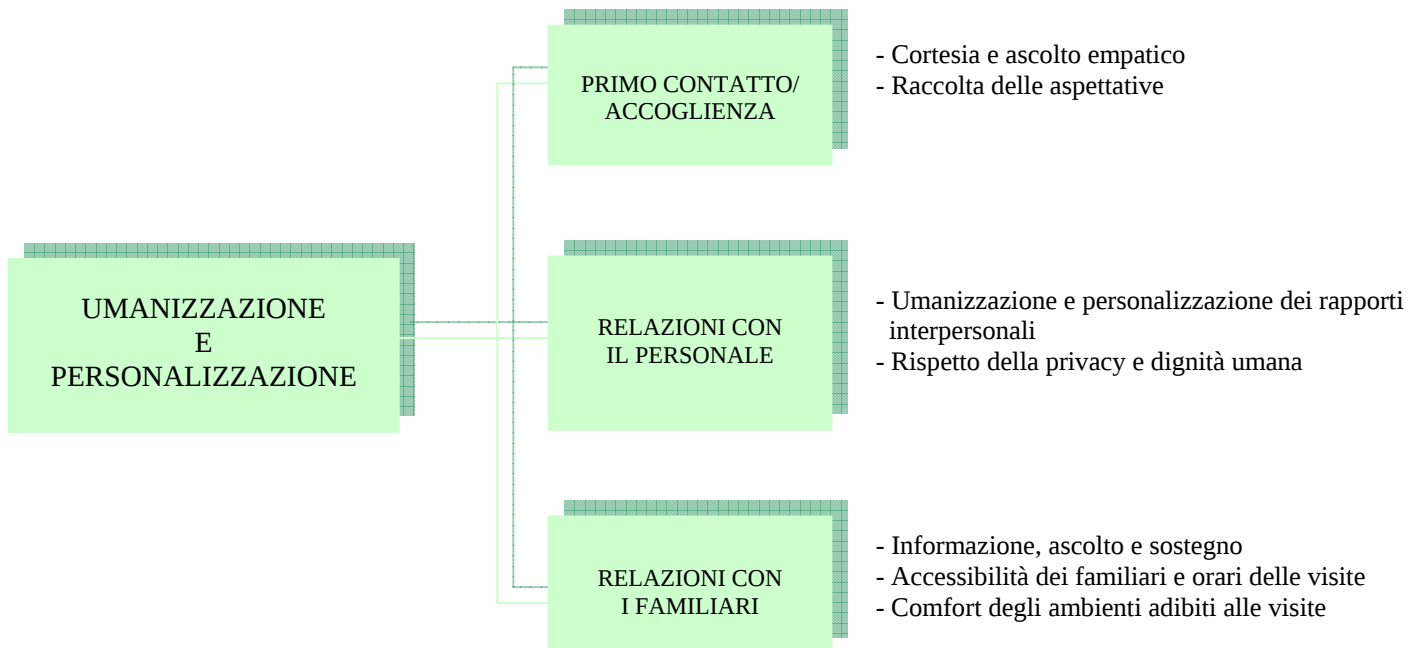
Un aspetto importante del coinvolgimento è costituito dal "mettere in grado" i collaboratori di operare in modo coerente con quanto definito dalla Carta dei Servizi in termini di standard, di relazione con gli utenti, di gestione dei reclami, eccetera. Gli impegni definiti e formalizzati nella Carta dei Servizi comportano spesso l'adozione di nuovi comportamenti e di nuovi modi di lavorare e di mettersi in relazione con l'utenza. Il personale deve poter far fronte a queste innovazioni anche acquisendo nuove competenze professionali: il cambiamento preconizzato dalla Carta non è soltanto dipendente dalla volontà, ma spesso anche dal "saper fare". Gestire uno standard, ad esempio, o gestire correttamente un reclamo richiedono competenze professionali "nuove" e diverse da quelle tradizionali di mestiere.

Richiedere ai collaboratori di operare in tal senso, senza preoccuparsi di sapere se sono in grado, finisce per essere frustrante ed essere fortemente controproducente in termini di coinvolgimento per tutti coloro che pur volendo non “possono” partecipare attivamente al cambiamento. Se intende coinvolgere i propri operatori, la Struttura non può quindi prescindere dall'individuare i vincoli tecnici, professionali o organizzativi che impediscono a costoro di operare nel modo auspicato e di predisporre le azioni atte a superarli. In molti casi può essere sufficiente intervenire mettendo a disposizione metodi di lavoro e attraverso azioni mirate di formazione o di comunicazione. La **formazione** è uno strumento fondamentale per l'acquisizione delle nuove competenze professionali necessarie per gestire la Carta dei Servizi: gestione della relazione con gli utenti, gestione degli standard, gestione del reclamo, eccetera. La formazione può essere destinata inizialmente a specifiche categorie professionali o al personale di unità organizzative oppure a un gruppo limitato di persone fortemente coinvolte nel progetto, cui affidare la responsabilità di diffondere i principi e la cultura ispiratori della Carta dei Servizi, formare a loro volta e coinvolgere operatori della propria o di altre unità organizzative.

Per attuare gli impegni assunti dalla Carta dei Servizi, per poter fornire informazioni, gestire reclami, controllare gli standard, gli operatori hanno bisogno a loro volta di informazioni puntuali e complete unitamente a determinati servizi e strumenti. La Struttura Associativa dovrà individuare quali sono le informazioni e gli strumenti necessari e come fare per rendere ciò disponibile.

La metodologia didattica si allontana sempre più dagli strumenti classici come la “lezione in aula” e si avvicina a metodi che stimolano la partecipazione attiva e la creatività dei partecipanti: lavoro in piccoli gruppi, apprendimento attivo, role-playing, action learning. In questa accezione le attività formative mirano sempre meno ad una trasmissione di conoscenze (come, ad esempio, dei contenuti della Carta dei Servizi) e sempre di più allo sviluppo di abilità o, in breve, allo sviluppo della qualità delle risorse umane.

QUALITA' DEL SERVIZIO A MARCHIO ANFFAS



UMANIZZAZIONE E PERSONALIZZAZIONE

Ciascuna Struttura Associativa ANFFAS, per basilari ed irrinunciabili principi e finalità statutarie, è costantemente impegnata – **si può ben dire “fisiologicamente”** – nella garanzia dell’umanizzazione e personalizzazione dell’assistenza alle persone con disabilità intellettiva e relazionale e alle loro famiglie.

I processi di miglioramento della qualità nei diversi ambiti assistenziali non possono limitarsi ad affrontare la dimensione "oggettiva" delle caratteristiche "tecniche" delle prestazioni e delle attività professionali. Il giudizio di qualità di una prestazione include necessariamente elementi "soggettivi", a cominciare dalle percezioni positive sperimentate dall'utente che accede ai servizi: in altre parole, il suo "grado di soddisfazione", dipendente in larga misura dalle concrete relazioni che si instaurano con gli operatori.

La cosiddetta "cultura del servizio" pone attenzione alla qualità *"così come la intende l'utente"*. Ai concetti di "umanizzazione" e "personalizzazione" si fa riferimento per indicare la necessità di superare i limiti e le disfunzioni della dimensione tecnicistica di cui può soffrire il servizio, a evitamento di una deriva tecnoburocratica a cui vengono spesso imputati gravi episodi che si ripercuotono sullo stato di salute e sul benessere degli utenti.

L'umanizzazione e la personalizzazione comportano il recupero di valori umanitari e

di solidarietà, la "considerazione positiva" autentica verso i bisogni soggettivi del singolo utente e l'ascolto "empatico", ossia la capacità dell'operatore di mettersi negli altrui panni.

Il concetto di personalizzazione non significa semplicemente la generica necessità, evidentemente condivisa da tutti gli operatori, di rendere "umano" o "più umano" il servizio, cioè più accogliente, meno burocratico, più confortevole e "caldo", meno impersonale e "freddo"; ormai, il concetto di personalizzazione nel linguaggio dei "servizi alla persona" sempre più indica la "sostanza" e il "modo" dell'assistenza: personalizzare significa dunque "adattare" (e condizionare) l'azione professionale alla soggettività che la persona esprime come "portatrice di bisogni".

Non è dunque l'utente che può o deve adattarsi all'offerta assistenziale di una data Struttura, ma il contrario: ogni operatore è chiamato a "**modulare**" il tipo di intervento in funzione della particolare persona umana che ha preso in carico.

RISPETTO DELLA DIGNITÀ DELLA PERSONA

In presenza di servizi alla persona a "marchio ANFFAS", l'Associazione Socia e/o l'Ente collegato deve organizzare il proprio lavoro in modo da impostare il programma di intervento raccogliendo, analizzando e valutando le specifiche abilità e bisogni della persona. Ciò significa porre al primo posto del nostro agire il vincolo indissolubile del rispetto della altrui dignità.

Siamo quindi in presenza di un **diritto della persona netto e preciso**, che impedisce l'erogazione di prestazioni standardizzate e uguali per tutti.

Il rispetto di una simile condizione richiede lo sviluppo di adeguate competenze tecniche, amministrative e organizzative che vanno ricercate, costruite e alimentate nel tempo, attraverso adeguate politiche di gestione del personale, della formazione e dell'aggiornamento professionale.

Nello specifico, i principi dell'umanizzazione e della personalizzazione richiedono che gli interventi assistenziali, riabilitativi e sociali siano progettati previa:

- o valutazione delle funzioni e strutture corporee;
- o misurazione del livello di attività, partecipazione e coinvolgimento;
- o analisi del gradiente di incidenza – in termini restrittivi o facilitativi - dei fattori ambientali;

Inoltre, tali interventi vanno condotti da personale:

- o responsabile;
- o qualificato;
- o aggiornato;
- o gratificato;
- o motivato;
- o capace di comprendere empaticamente e condividere l'affettività, i sentimenti, le frustrazioni e le emozioni altrui rispettandone scelte, desideri e pulsioni.

Certamente, i problemi legati alle metodologie di progettazione ed esecuzione degli interventi costituiscono un piano di estrema delicatezza e complessità per chi opera in questo settore dell'intervento sociosanitario, perché la gran parte degli utenti che utilizzano i servizi ANFFAS non hanno una sufficiente capacità decisionale.

Si aprono pertanto due ordini tematici di questioni da affrontare non solo sul piano "tecnico-organizzativo" ma soprattutto sul piano etico. Si tratta infatti di capire:

1. in che modo la persona con disabilità intellettiva e relazionale possa esercitare il suo diritto a essere informata in modo da promuovere e favorire il massimo coinvolgimento possibile;
2. in che modo ed entro quali limiti sia possibile esercitare un compito di tipo educativo in relazione a importanti manifestazioni problematiche del comportamento (in primo luogo aggressività e autolesionismo).

Riguardo al primo aspetto, fermo restando l'impegno a impostare gli interventi agendo sulla massima motivazione possibile della persona con disabilità, saranno i loro familiari/tutori o quanti altri ne abbiano la competenza a dover essere informati sugli interventi e sulle strategie che si intendono adottare e ad autorizzare il trattamento dei dati sensibili.

Riguardo al secondo aspetto, è stabilito che ANFFAS non consente che gli utenti siano esposti a stimoli eversivi e che siano messi in atto mezzi di contenzione sia fisica che farmacologica.

Su questi temi il Comitato Scientifico ANFFAS Onlus elaborerà entro il 2005 delle indicazioni (esprese in forma di Linee Guida) che supporteranno le attività svolte dalle Associazioni Socie e dagli Enti collegati.

E' ARRIVATO L'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO!



Sul ramo di qualità più **"fisiologicamente ANFFAS"** della UMANIZZAZIONE E PERSONALIZZAZIONE, trova di sicuro una collocazione di primo piano la nuova figura giuridica per la presa in carico della persona con disabilità: l'amministratore di sostegno, importante alternativa all'interdizione e inabilitazione e considerevole passo avanti nella direzione del "pieno rispetto della dignità della persona".

Infatti, la Legge n. 6/2004, in vigore dal 19 marzo di quest'anno, "ha la finalità di tutelare, **con la minore limitazione possibile della capacità di agire**, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente" (art. 1).

L'impegno solenne è di considerare positivamente, il più possibile, le scelte della persona con disabilità in quanto **persona**; l'amministratore di sostegno, nello svolgimento dei suoi compiti, deve tener conto dei bisogni e delle aspirazioni del cosiddetto "beneficiario", il quale conserva la capacità di agire per tutti gli atti che non richiedono la rappresentanza esclusiva o l'assistenza necessaria così come espressamente contemplato dal decreto di nomina: il "beneficiario" dell'amministrazione di sostegno può in ogni caso compiere gli atti necessari a soddisfare le esigenze della propria vita quotidiana e mantenere i diritti concessi ai cittadini italiani.

*L'amministrazione di sostegno deve assicurare una migliore tutela della persona con disabilità nel segno
- soprattutto -
della personalizzazione e del miglioramento della qualità della vita (minore limitazione possibile dei diritti
e delle azioni)
e non della semplice salvaguardia del patrimonio.*

Caratteristiche salienti della nuova normativa:

- o il procedimento di nomina dell'amministratore di sostegno è gratuito;
- o l'iter è più snello;
- o non è richiesta l'assistenza da parte di un avvocato;
- o gli atti e i provvedimenti relativi sono esonerati dal pagamento del "contributo unificato (ex bolli) e di altri oneri;
- o la competenza del provvedimento di nomina è del giudice tutelare; il decreto rilasciato è immediatamente esecutivo e, soprattutto, è motivato e dettagliato

secondo il caso personale specifico

stabilendo la durata, i limiti, l'oggetto dell'incarico e gli atti che la persona con disabilità potrà compiere in autonomia o esclusivamente con l'assistenza dell'amministratore. Non si tratta dunque di processo, come nei casi di interdizione e di inabilitazione, e non viene pronunciata una sentenza di Tribunale CONTRO la persona con disabilità da interdire o inabilitare, come nel vecchio codice;

- o il ricorso per l'istituzione dell'amministrazione di sostegno può essere proposto dallo stesso soggetto "beneficiario", se ovviamente in grado, dal coniuge, da persona stabilmente convivente (novità), dai parenti entro il quarto grado, dagli affini entro il secondo grado, dal tutore o curatore, dal pubblico ministero; se l'interessato è un interdetto o inabilitato, il decreto è esecutivo dalla pubblicazione della sentenza di revoca dell'interdizione o dell'inabilitazione. I responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona, se a conoscenza di fatti tali da rendere opportuna l'apertura del procedimento di amministrazione di sostegno, sono tenuti a proporre al giudice tutelare il ricorso o a fornirne comunque notizia al pubblico ministero;
- o Il procedimento per la nomina dell'amministratore, a differenza di quello per l'interdizione o l'inabilitazione, richiede la convocazione di un numero più limitato di persone legate a vincoli di parentela o affinità: vengono infatti esclusi dalla comparizione gli affini e i parenti in linea collaterale (eccetto il fratello/sorella); inoltre, la mancata comparizione di una delle persone convocate non interrompe il procedimento;
- o l'amministratore di sostegno può essere scelto dallo stesso interessato, se ovviamente in grado; nella designazione, il giudice tutelare preferisce, dove possibile, il coniuge che non sia separato legalmente, la persona stabilmente convivente, il padre, la madre, il figlio/a o il fratello o la sorella, il parente entro il quarto grado oppure il soggetto indicato dal genitore superstite con testamento, atto pubblico o scrittura privata autenticata.

In ultimo, si precisa la natura non onerosa, senza fini di lucro, dell'amministratore di sostegno al quale va tuttavia garantita una rigorosa e permanente formazione: ogni anno il Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL di riferimento deve istituire un corso di formazione rivolto a chi è stato nominato amministratore di sostegno o a chi intenda rendersi disponibile per tale finalità.

TUTELA DELLA PRIVACY



Dal 01.01.2004 è in vigore il D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" che sostituisce, innovandola, la precedente normativa di cui alla legge 675/1996. I dati personali cosiddetti "sensibili" sono dati idonei a rivelare "l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale" di una persona. I dati personali cosiddetti "identificativi" o comuni sono tutte quelle informazioni che consentono di individuare una persona fisica o giuridica, sia essa anche un ente o associazione (esempio: nome, cognome, partita iva, codice fiscale, indirizzo, numeri di telefono, numero patente, eccetera).

Gli interventi da attuare per rispettare la nuova normativa possono riassumersi:

- nella nomina di un Titolare (nel nostro caso il Presidente dell'Associazione Socia o collegato Ente di Gestione);
- facoltativamente, nella nomina di un Responsabile per la gestione della protezione dei dati e nella identificazione, da parte del Titolare, di tutti gli Incaricati e gli Interessati del trattamento;
- nella messa in sicurezza degli elaboratori utilizzati per il trattamento dei dati contro ogni possibile violazione o inficiamento del funzionamento;
- nella trascrizione delle procedure interne da seguire;
- nella redazione di un DPS (Documento Programmatico sulla Sicurezza) redatto entro il 31.12.2004 e successivamente aggiornato con cadenza annuale; il DPS fa prova dell'avvenuto adeguamento alla norma.

L'Interessato, al momento della raccolta dei dati, deve ricevere informazione verbale o scritta circa:

1. le finalità della raccolta;
2. l'obbligatorietà o non del conferimento dei dati;
3. le conseguenze dell'eventuale rifiuto;
4. a chi verranno comunicati i dati;
5. i suoi diritti (l'aggiornamento, la modifica, la cancellazione);
6. gli estremi identificativi del Titolare e del Responsabile del trattamento.

Il trattamento dei dati è consentito soltanto con il consenso espresso dell'Interessato, documentato per iscritto. E' necessario, in genere, procedere alla verifica dell'esistenza del consenso ogniqualvolta il trattamento sia effettuato per scopi diversi da quelli per cui era stato inizialmente prestato, nonché tutte le volte in cui i dati debbano essere comunicati a soggetti terzi o diffusi ad un numero di persone indeterminato.

Gli strumenti elettronici utilizzati vanno aggiornati con cadenza almeno semestrale al fine di proteggere i dati dal rischio di intrusione e dal rischio derivante da virus informatici; con la nuova normativa vige l'obbligatorietà dei backup settimanali di tutti i dati più importanti dell'Associazione.

Vanno peraltro adottate le misure fisiche di protezione: allarmi, stabilizzatori di corrente, armadi chiusi a chiave ed ignifughi, accesso selezionato ai locali.

Il Codice prevede infine l'obbligatorietà della formazione del personale incaricato del trattamento dei dati. In particolare, devono essere effettuati corsi per informare gli Incaricati del trattamento:

1. sui rischi che possono compromettere la sicurezza e la privacy dei dati
2. sulla protezione dei dati personali più rilevanti
3. sulle misure di sicurezza disponibili per prevenire eventi dannosi
4. sulle responsabilità che ne derivano
5. sull'aggiornamento alle misure minime previste dal Codice.

I dati debbono essere trattati in modo da ridurre al minimo i rischi, anche accidentali, di distruzioni e perdite; si deve ridurre al minimo il rischio di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta.

La Struttura Associativa si impegna alla elaborazione del DPS (Documento Programmatico sulla Sicurezza) ai sensi del d.lgs. 196/2003, al suo annuale aggiornamento e alla definizione di ruoli, compiti e responsabilità per la gestione di tutte le fasi del trattamento dei dati.

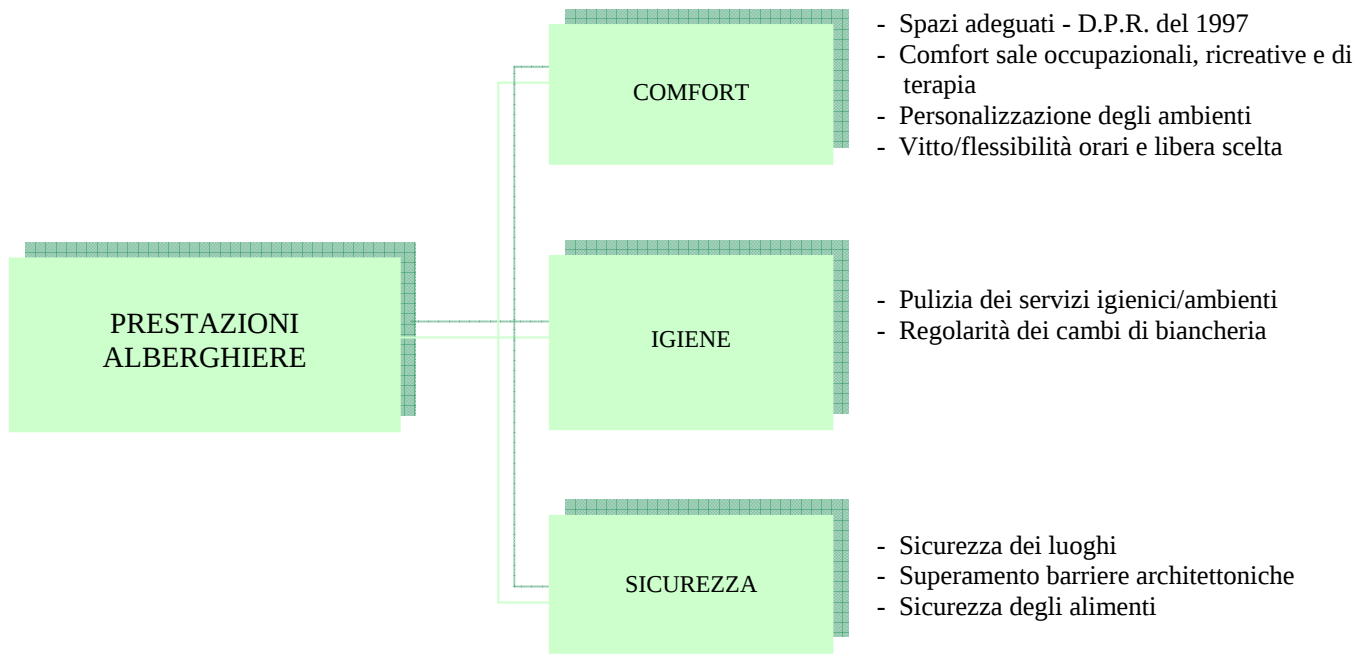
Titolare:

Responsabile:

Incaricato/i:

Interessato/i:

QUALITA' DEL SERVIZIO A MARCHIO ANFFAS



PRESTAZIONI ALBERGHIERE



In merito, tra gli indicatori di qualità vanno considerati:

- o i servizi igienici in numero sufficiente in rapporto al numero degli utenti e degli operatori presenti - dotazione di "bagno assistito";
- o comfort delle stanze e degli arredi;
- o vitto: fornitura sistematica agli utenti assistiti degli accessori completi per la consumazione dei pasti; possibilità di scelta tra due o più opzioni per ogni componente del menu per gli utenti a dieta libera;
- o interventi di manutenzione e/o ristrutturazione dei locali e arredi.

La struttura deve tendere a rispettare le caratteristiche indicate nel D.P.R. del 1997 oltre a una particolare attenzione alla dotazione di spazi destinati ad attività individuali e di gruppo

OBBLIGHI RELATIVI ALLA SICUREZZA E IGIENE

Le strutture e i servizi promossi o erogati dalle realtà locali devono essere ospitati in luoghi in cui vi sia la garanzia del rispetto delle norme vigenti in materia di sicurezza e igiene, oltre che di un complessivo rispetto delle norme attinenti al funzionamento del servizio o dell'attività. E' opportuno sottolineare che le valutazioni e quindi le azioni da compiere in materia di sicurezza e rispetto delle norme non si possono fermare alla pura e semplice verifica del rispetto degli adempimenti e delle regole vigenti, ma devono essere rivolte e compiute in direzione dell'obiettivo della sicurezza e della qualità, anche e soprattutto in considerazione della condizione delle persone con disabilità che possono avere una percezione del rischio particolare o addirittura assente.

Le disposizioni di cui al D. Lgs n. 626/94 (e successivo decreto integrativo n. 242/96) richiedono alle strutture un notevole impegno in termini di adeguamenti, di informazione e preparazione degli operatori, di gestione del controllo sanitario e di attribuzione di competenze e responsabilità a vari livelli per ridurre i rischi di incidenti e danni alla salute nei luoghi di lavoro. L'ottemperanza a tali normative deve costituire l'occasione per ricercare, chiarire e definire i rischi esistenti in una struttura in cui vive una comunità di persone con disabilità varie e con grave limitazione della capacità di percepire le situazioni di pericolo e ancor più di metter in atto comportamenti consapevoli di prevenzione, difesa e fuga. Tutto ciò richiede, a maggior ragione, un attivo lavoro di analisi e valutazione dei rischi da parte della dirigenza e dei tecnici e una conseguente opera di coinvolgimento, di sensibilizzazione, di informazione e formazione sul campo di tutti gli operatori, stimolandoli a riconoscere e a prevenire le situazioni di pericolo e di danno.

Con DECRETO MINISTERO DELL'INTERNO n. 85/29101 del 05.08.2002 è stato istituito presso il Dipartimento della Protezione Civile-Direzione Generale dei Vigili del Fuoco un "*Gruppo di Lavoro per la sicurezza delle persone disabili*". Il Gruppo di Lavoro è suddiviso in due Comitati: il primo, denominato "tecnico-scientifico", ha il compito di proporre procedure operative di gestione del soccorso mirate alla tutela delle persone con disabilità, curare l'aggiornamento sugli sviluppi culturali e scientifici in materia e fornire al personale del Corpo dei Vigili del Fuoco e all'esterno l'informazione e la formazione relativamente a quanto sviluppato in materia di tutela delle persone con disabilità. Il secondo, denominato "Comitato permanente per la diffusione della cultura della sicurezza delle persone disabili", ha lo scopo di studiare, implementare e realizzare i programmi applicativi formativi ed informativi sui contenuti definiti dal Comitato Tecnico Scientifico. Tra i compiti istituzionali del secondo comitato, anche tenere i rapporti con le organizzazioni e le associazioni delle persone con disabilità. In occasione della riunione del Gruppo di Lavoro tenutasi il 30 settembre 2002 presso il Ministero dell'Interno, cui hanno partecipato varie Associazioni di persone con disabilità tra cui ANFFAS Onlus, è stato presentato ai partecipanti un documento relativo alle misure di tipo gestionale con la elaborazione di alcune ipotesi di intervento in caso di necessità; per facilitare la gestione dell'emergenza, si è pensato di suddividere la disabilità in tre categorie di base: disabilità motoria, sensoriale e cognitiva.

MISURE GESTIONALI RIFERITE ALLA DISABILITÀ

Nell'ambito delle necessità che devono essere soddisfatte durante l'elaborazione e l'attivazione di un piano di emergenza, quelle connesse con le procedure da attuare per assistere persone con disabilità sono certamente le più difficili da affrontare.

Ciò deriva non solo dalle difficoltà proprie del relazionarsi in questo tipo di situazioni, ma anche dalla mancanza di validi e autorevoli riferimenti su questo argomento, nonché di specifiche esperienze maturate e messe a disposizione dagli addetti del settore.

Di seguito saranno proposte le modalità ritenute più efficienti per affrontare quelle categorie di disabilità in cui è più facile imbattersi, ovvero:

- disabilità motoria

- disabilità sensoriale
- disabilità intellettiva e relazionale

senza peraltro dimenticare che una persona non identificabile come disabile ma coinvolta in una situazione di crisi può non essere in grado di rispondere correttamente a tali circostanze, adottando, di fatto, atteggiamenti che possono determinare condizioni transitorie di disabilità.

Affinché un soccorritore che incorre in queste circostanze possa dare un aiuto concreto è necessario che sia in grado di comprendere le necessità della persona da aiutare, facendosi carico di un processo di comprensione del tipo di disabilità che si trova di fronte.

1. MISURE RIFERITE ALLA DISABILITÀ MOTORIA

La modalità di movimentazione da applicare nel caso di una persona affetta da disabilità motoria si esplicita fundamentalmente in funzione del grado di collaborazione che questa può fornire, secondo le due seguenti tipologie di azioni:

- sollevamenti: **spostamenti di tutto il peso del corpo della persona da soccorrere**
- spostamenti: **spostamenti di parti del corpo della persona.**

La prima condizione interessa quelle persone che sono totalmente non collaboranti dal punto di vista motorio (o con patologie di carattere psichico talmente gravi da comportare comunque una totale inabilità motoria), ovvero non in grado di aiutare il movimento nè con gli arti superiori nè con quelli inferiori.

Le seconde persone, parzialmente collaboranti, ovvero con residue capacità di movimento, in grado comunque di agevolare l'operazione di movimentazione.

Per una corretta azione, che garantisca il raggiungimento della prestazione richiesta, salvaguardando l'integrità fisica del soccorritore, è importante:

- 1) riuscire ad individuare in ogni persona tutte le possibilità residue di collaborazione;**
- 2) posizionare le nostre mani in punti di presa specifici, per consentire il trasferimento della persona in modo sicuro;**
- 3) assumere posizioni corrette di lavoro che salvaguardino la nostra schiena;**
- 4) in caso di persona non collaborante, della quale per varie ragioni siete costretti a prendervi carico dell'intero peso, richiedere la collaborazione di un collega.**

1) Collaborazione del disabile

È bene tentare di coinvolgere sempre e comunque la persona da aiutare nello spostamento, incoraggiandola ad una collaborazione attiva, seppur minima.

Tale valutazione deve essere rivolta alle sue disponibilità fisiche residue, più che a quelle perdute; in questo caso l'obiettivo da raggiungere è duplice:

- **stimolare la persona con disabilità a superare i propri limiti, infondendogli fiducia nel superamento della situazione transitoria e garantendogli una partecipazione attiva a tutte le operazioni che lo riguardano;**
- **facilitare, attraverso la collaborazione, il lavoro del soccorritore, risparmiandogli sforzi eccessivi e infruttuosi.**

2) Punti di presa specifici

Per evitare puntuali compressioni digitali dolorose è necessario appoggiare tutta la mano per offrire una presa globale e ripartire omogeneamente la sollecitazione.

È inoltre necessario prevenire trazioni alle strutture capsulo-legamentose che possono divenire nocive, preferendo i seguenti punti di presa:

- **il cingolo scapolare (complesso articolare della spalla)**
- **il cingolo pelvico (complesso articolare di bacino e anche)**
- **il più vicino possibile al tronco (prese prossimali).**

A tal proposito, è importante richiamare l'attenzione sull'uso della presa crociata da preferirsi a qualsiasi altro tipo di coinvolgimento della persona con disabilità, sia per la sua sicurezza che per il suo benessere (oltre che per la salvaguardia della schiena del soccorritore).

Per effettuare correttamente tale presa, l'operatore:

- posiziona le braccia della persona con disabilità davanti al tronco, flettendogli i gomiti e incrociando gli avambracci;
- entra con la mano sotto la scapola e prosegue fino ad arrivare all'avambraccio, che afferra in prossimità del gomito;
- trazione verso l'alto l'intero complesso braccio-spalla della persona (sollevandone in questo modo tutto il tronco).

Se l'operatore che effettua la presa crociata degli arti superiori è solo, l'operazione viene effettuata dopo essersi posizionato alle spalle della persona con disabilità da soccorrere; se gli operatori che effettuano tale presa sono in due, si posizionano a fianco della stessa.

3) Posizioni corrette

Ogni movimento del nostro corpo è frutto di una integrazione armonica delle diverse strutture ossee, muscolari, articolari, organizzate dal sistema nervoso centrale e periferico.

Per conservarne l'integrità, nell'esecuzione del lavoro è necessario utilizzare le leve di forza più vantaggiose possibili, economizzando lo sforzo muscolare per prevenire patologie quali lombalgie, discopatie, strappi muscolari e dolori in genere.

Le seguenti regole generali possono contribuire a prevenire queste circostanze:

- posizionarsi il più vicino possibile alla persona con disabilità da soccorrere;
- flettere le ginocchia, **non la schiena**;
- allargare la base di appoggio al suolo (i piedi)
- sfruttare il peso del proprio corpo come contrappeso, riducendo lo sforzo muscolare attivo.

4) Richiesta di collaborazione

Pur mantenendo come punto fermo l'utilizzo delle precauzioni appena ricordate, vi sono dei casi in cui non è possibile, per un soccorritore, provvedere da solo alla movimentazione del paziente, pena il non raggiungimento dell'obiettivo perseguito.

In generale è bene non interferire con persone che, pur utilizzando ausili motori quale una gru o un bastone, sono capaci di muoversi in piena autonomia e palesemente dimostrano di sapersi spostare autonomamente e cavarsela da sole; in quest'ultima circostanza un valido contributo può essere prestato semplicemente fornendo la propria disponibilità ad accompagnare la persona.

Qualora durante un processo di evacuazione si dovesse determinare un notevole flusso di persone, con possibilità di travolgimento della persona che si sta muovendo con gru o bastone, è necessario difendere quest'ultima utilizzando il proprio corpo come uno scudo per impedire che questa venga travolta o messa in difficoltà.

Nel caso di persone che utilizzano carrozzine, queste sono sicuramente capaci di attuare le speciali tecniche necessarie per trasferirsi da una carrozzella all'altra.

A seconda della forza residua della parte superiore del corpo, esse possono svolgere gran parte delle operazioni da sole.

In questo caso il ruolo del soccorritore può consistere semplicemente nell'affiancamento, dichiarando la propria disponibilità a collaborare senza peraltro imporre la propria presenza.

Una tecnica di trasporto da sempre insegnata nei corsi di formazione dei Vigili del Fuoco, che costituisce non solo un retaggio storico della loro formazione professionale ma che individua il Vigile del Fuoco nell'atto del soccorso nell'immaginario collettivo, altrimenti chiamata "trasporto del pompiere", poiché determina una eccessiva pressione sul torace e sul ventre, può determinare traumi, soprattutto in presenza di difficoltà di ordine neurologico ed ortopedico.

È questa, pertanto, una tecnica vivamente sconsigliata per il trasporto di un disabile.

E' necessario concordare PREVENTIVAMENTE, ed a maggior ragione in caso di emergenza, con la persona, le modalità di trasporto ed evacuazione della stessa, informando, su quanto concordato, il responsabile della sicurezza.

1.1. Tecniche di trasporto

1.1.a. Tecnica di trasporto da parte di una persona

Il sollevamento in braccio è il metodo preferito da usare quando una persona deve trasportare un'altra che non ha forza nelle gambe ma è pur sempre collaborante.

Questo trasporto è più sicuro, se la persona trasportata pesa molto meno di chi la trasporta.

In questa circostanza è necessario far collaborare il trasportato, invitandolo a porre il braccio attorno al collo del soccorritore, in questo modo è possibile alleggerire il peso scaricato sulle braccia.

1.1.b. Il trasporto con due persone

Questa tecnica, detta “del seggiolino”, idonea per essere impiegata nel caso sia necessario movimentare una persona che non può utilizzare gli arti inferiori, ma che in ogni caso è collaborante, nel seguente modo:

- due operatori si pongono a fianco della persona da trasportare
- ne afferrano le braccia e le avvolgono attorno alle spalle
- afferrano l'avambraccio del partner
- uniscono le braccia sotto le ginocchia della persona con disabilità e uno afferra il polso del partner
- entrambe le persone devono piegarsi verso l'interno vicino alla persona da aiutare e sollevarla coordinando tra loro le azioni di sollevamento in modo da non far gravare in modo asimmetrico il carico su uno dei soccorritori;
- dopo aver sollevato la persona e cominciato il movimento di trasporto, è necessario effettuare una leggera pressione sulla parte superiore del corpo del trasportato in modo che lo stesso si mantenga il più verticale possibile sgravando, in tal modo, parte del peso dalle braccia dei soccorritori.

Il vantaggio di questa tecnica di trasporto è che i due partner possono supportare con pratica e coordinamento una persona, il cui peso è lo stesso o anche superiore a quello del singolo trasportatore.

Lo svantaggio si può manifestare affrontando un percorso, in salita o discesa, sulle scale; in tal caso la larghezza delle tre persone così disposte potrebbe superare la larghezza minima delle scale stesse, imponendo disposizioni reciproche tali da indurre difficoltà nel movimento.

Un'altra controindicazione di questa tecnica si manifesta nel caso di persone che non hanno un buon controllo del capo e/o non sono collaboranti; in tale caso la tecnica da utilizzare, che peraltro permette di sostenere bene il capo, è quella descritta come presa crociata.

1.1.c. La seggiola a tre mani

Il vantaggio di questo sistema di trasporto è che tre mani fungono da sedile e un braccio funge da spalliera, che impedisce movimenti bruschi o cadute della persona con disabilità.

E' l'unico sistema da usare quando la persona non è in grado di abbracciare le spalle dei soccorritori.

La persona più robusta deve intrecciare entrambe le mani per formare il sedile, mentre la persona meno robusta contribuisce al sollevamento con una mano e usa il braccio come spalliera.

1.1.d. Trasporto a due in percorsi stretti

Talvolta il passaggio da attraversare è talmente stretto che due persone affiancate non possono passare, in tal caso si raccomanda la seguente tecnica di trasporto. Il soccorritore posteriore attua una presa crociata (tale posizione permette altresì di impedire il movimento delle braccia con possibilità di ostruzioni), mentre quello anteriore sosterrà la persona non all'altezza del ginocchio ma più lontano da questo, verso i glutei.

È comunque una tecnica da attuare con molta prudenza, in quanto il capo reclinato può creare difficoltà respiratorie, per la parziale occlusione delle vie aeree.

È bene, quindi, utilizzare questo trasporto solo limitatamente ai soli passaggi critici.

1.1.e. Trasporto a strisciamento

Se la persona con disabilità deve essere trasportata da una sola persona ed ha forze residue, si può adottare il trasporto per strisciamento, che permette al soccorritore di scaricare sul pavimento gran parte del peso della persona da soccorrere.

Un vantaggio di questo tipo di trasporto sta nel potere attraversare anche passaggi assai stretti.

1.1.f. Come si può assistere una persona in carrozzella nello scendere le scale

Quando scendete le scale, state dietro alla carrozzella acchiappando le due impugnature di spinta.

Piegate la carrozzella all'indietro fino a bilanciarla, scendete guardando in avanti.

State un gradino avanti alla seggiola, tenendo basso il vostro centro di gravità e lasciando scendere le ruote posteriori gradualmente da un gradino all'altro.

Tenete sempre la seggiola leggermente piegata all'indietro

Se possibile, fatevi aiutare da un'altra persona che trattiene il telaio della carrozzella e la spinge dal davanti.

Non sollevate la sedia perché questo scarica troppo peso sulla persona di dietro.

1.1.g. Altre difficoltà

Qualora la persona da aiutare presenti problemi alla respirazione, l'inizio o l'aggravamento dei sintomi può derivare dallo stato di stress, affaticamento o esposizione a piccole quantità di fumo o altri prodotti di combustione; in tal caso rimanetegli vicino e aiutatelo a utilizzare eventuali prodotti inalanti prima di abbandonare il posto di lavoro.

Le persone con affezioni cardiache devono ricordarsi di portarsi sempre con sé le medicine necessarie; anche in questo caso l'assistenza può limitarsi ad una offerta di aiuto o affiancamento mentre queste persone camminano, poichè possono avere una ridotta energia disponibile e richiedere frequenti momenti di riposo.

2. MISURE RIFERITE ALLA DISABILITÀ SENSORIALE

2.1. Premessa

Tra le molte sfide che quotidianamente le persone con disabilità agli organi di senso si trovano ad affrontare, sia negli ambienti della vita quotidiana che di lavoro, quelle relative ai rischi potenziali per la propria sicurezza e salute sono tra le più gravose da affrontare e risolvere.

È necessario evidenziare come le necessità di protezione antincendio identificate per la popolazione "normodotata" sono pressoché le medesime di quelle necessarie per persone affette da disabilità, ma purtroppo sovente sono trascurate nelle campagne d'informazione e formazione pubblica intraprese nel campo della sicurezza al fuoco.

Per affrontare questo argomento è necessario introdurre meccanismi innovativi su cui impostare nuovi programmi di informazione e formazione per far acquisire maggiore consapevolezza e capacità nell'adozione di tecniche di autoprotezione.

Le premesse da considerare per far fronte alle situazioni appena descritte possono essere le seguenti:

- durante un'emergenza le capacità sensoriali disponibili, da cui peraltro dipende la capacità di sopravvivenza di un individuo, non devono essere soprafatte;
- i dispositivi per segnalare un allarme incendio devono essere completamente comprensibili in ragione delle "abilità" residue delle persone. È quindi necessario che questi dispositivi siano accoppiati con controparti ottiche, acustiche o meccaniche (vibrazione), in azione sinergica tra loro, senza peraltro compromettere la comprensione di altri segnali e/o istruzioni altrimenti fornite. I segnali acustici devono essere intermittenti, di modesta intensità, di media altezza e intervallati da ampie pause;
- negli ambienti devono essere presenti indicazioni realizzate anche con segnali tattili, in Braille e a caratteri ingranditi per gli ipovedenti, per compensare l'incapacità di elaborare gli indicatori visivi e garantire la possibilità di allontanarsi autonomamente dal luogo in sicurezza, anche mediante l'utilizzo del bastone bianco per non vedenti o del cane guida. Le vie di fuga devono essere note ai ciechi assoluti e parziali e devono essere attrezzate con guide tattili a terra, individuabili anche dagli ipovedenti per opportune differenziazioni cromatiche o da corrimano, salvo nei tratti in cui il percorso sia agevolato da guide naturali (es. corridoi lineari di larghezza non superiore a due-tre metri);
- l'acquisizione di alcune semplici tecniche di "autodifesa" da attuare in caso d'incendio (più avanti identificate con il termine "autoprotezione"), integrate con altre tecnologie di sicurezza antincendio, è il modo più efficace per aumentare le probabilità di sopravvivenza in tale condizione;
- le modalità di segnalazione di una richiesta di soccorso/aiuto variano in funzione del tipo di disabilità e, pertanto, è necessario considerare l'acquisizione di strumenti capaci di supplire i deficit del richiedente;
- l'informazione pubblica sulla prevenzione degli incendi deve essere calibrata anche su necessità diverse da quelle poste da utenti che dispongano dell'utilizzo incondizionato delle proprie capacità sensoriali.

2.2. Misure per la gestione di un'emergenza

2.2.a. Tecniche di assistenza a persone con disabilità della vista

Nell'assistenza a persone con questo tipo di disabilità è necessario attuare i seguenti accorgimenti:

- annunciate la vostra presenza e parlate con voce ben distinta e comprensibile fin da quando si entra nell'ambiente in cui è presente la persona da aiutare;
- parlate naturalmente, senza gridare, e direttamente verso l'interlocutore, senza interporre una terza persona;
- non abbiate timore di usare parole come "vedere", "guardare" o "cieco";
- offrite assistenza ma lasciate che la persona vi spieghi di cosa ha bisogno;
- descrivete in anticipo le azioni che state per intraprendere;

- lasciate che la persona vi afferri leggermente il braccio o la spalla per farsi guidare (può scegliere di camminare leggermente dietro a voi per valutare la reazione del vostro corpo agli ostacoli);
- lungo il percorso ricordatevi di annunciare, ad alta voce, la presenza di scale, porte ed altre eventuali situazioni e/o ostacoli;
- quando invitate un non vedente a sedersi, guidate prima la mano della persona affinché tocchi lo schienale del sedile;
- se state guidando più persone con le stesse difficoltà invitatele a tenersi per mano;
- accertatevi che una volta raggiunto l'esterno o lo spazio calmo, la persona non sia abbandonata a se stessa ma rimanga in compagnia di una persona fino alla fine dell'emergenza.

In caso di assistenza di un cieco con cane guida:

- non accarezzare od offrire cibo al cane senza il permesso del padrone;
- quando il cane porta la "guida" (imbracatura) vuol dire che sta svolgendo le sue mansioni; se non volete che il cane guidi il suo padrone fate rimuovere la "guida";
- fate in modo che il cane sia evacuato con il padrone;
- nel caso la persona da soccorrere vi chieda di badare al cane, questo va sempre tenuto al guinzaglio e non per la "guida".

2.2.b. Tecniche di assistenza a persone con disabilità dell'udito

Comunicare con i sordi: capire e farsi capire (*alcune regole da tenere a mente*):

- per consentire al sordo una buona lettura labiale la distanza ottimale nella conversazione non deve mai superare il metro e mezzo;
- la fonte luminosa deve illuminare il viso di chi parla e non quello della persona sorda: bisogna parlare con il viso rivolto alla luce;
- chi parla deve tenere ferma la testa;
- il viso di chi parla deve essere al livello degli occhi della persona sorda;
- occorre parlare distintamente, ma senza esagerare. Non bisogna in alcun modo storpiare la pronuncia. La lettura labiale infatti si basa sulla pronuncia corretta;
- si può parlare con un tono normale di voce, non occorre gridare. La velocità del discorso inoltre deve essere moderata: né troppo in fretta, né troppo adagio;
- usare possibilmente frasi corte, semplici ma complete. Non occorre parlare in modo infantile. Mettere in risalto la parola principale della frase. Usare espressioni del viso in relazione al tema del discorso;
- non tutti i suoni della lingua sono visibili sulle labbra: fare in modo che la persona sorda possa vedere tutto ciò che è visibile sulle labbra;
- quando si usano nomi di persona, località o termini inconsueti, la lettura labiale è molto difficile. Se il sordo non riesce, nonostante gli sforzi, a recepire il messaggio, anziché spazientirsi, si può scrivere la parola a stampatello. Oppure usare, se la si conosce, la dattilologia (uso dell'alfabeto manuale);
- anche se la persona sorda porta le protesi acustiche, non sempre riesce a percepire perfettamente il parlato. Occorre dunque comportarsi seguendo queste regole di comunicazione;
- per la persona sorda è difficile seguire una conversazione di gruppo o una conferenza senza interprete. Occorre quindi aiutarla a capire almeno gli argomenti principali attraverso la lettura labiale, trasmettendo parole e frasi semplici e accompagnandole con gesti naturali.

In ogni caso, ci preme rilevare l'opportunità che il personale addetto alla sicurezza aziendale nonché gli stessi operatori dei VVFF possiedano una conoscenza di base della Lingua Italiana dei Segni (LIS), da acquisire attraverso la partecipazione a corsi specifici di breve durata.

3. MISURE RIFERITE ALLA DISABILITÀ INTELLETTIVA E RELAZIONALE

Le persone con disabilità intellettiva e relazionale possono avere difficoltà nel riconoscere o nell'essere motivate ad agire, in caso di emergenza.

Esse possono avere difficoltà nell'eseguire istruzioni piuttosto complesse e che coinvolgono più di una breve sequenza di semplici azioni.

In situazione di pericolo (incendio, fumo, pericolo di scoppio, eccetera) una persona con disabilità intellettiva e relazionale può esibire un atteggiamento di completa o parziale o nulla collaborazione con coloro che portano soccorso.

Può accadere che, in una situazione nuova e sconosciuta, sia manifestata una reazione di totale rifiuto e disconoscimento della realtà pericolosa, che può sfociare in comportamenti aggressivi auto o etero diretti nei confronti di coloro che intendono prestare soccorso.

In tali evenienze, il soccorritore deve mantenere la calma, parlare con voce rassicurante con la persona, farsi aiutare eventualmente da altri del luogo e decidere rapidamente sul da farsi. La priorità assoluta è l'integrità fisica della persona e il ricorso ad un eventuale intervento di contenimento per salvaguardarne l'incolumità può rappresentare l'unica soluzione.

In questo ambito diventa necessaria e fondamentale l'esercitazione ad agire in situazioni di emergenza simulata.

La persona con disabilità intellettiva e relazionale da soccorrere:

- può non aver raggiunto la capacità di percepire il pericolo;
- può non saper leggere o comunque avere una percezione visiva confusa di istruzioni scritte o di pannelli;
- può avere un senso di direzione limitato e avere bisogno di qualcuno che l'accompagna.

Pertanto:

- le istruzioni e le informazioni devono essere suddivise in semplici fasi successive e bisogna essere molto pazienti;
- bisogna usare segnali semplici o simboli immediatamente comprensibili, ad esempio segnali grafici universali.

Inoltre, essendo la comprensione del linguaggio parlato spesso più sviluppata della capacità di espressione verbale, si raccomanda di evitare di parlare di una persona con disabilità intellettiva e relazionale a terzi in sua presenza e di verbalizzare, sempre, direttamente con lei le operazioni che si effettueranno in quella situazione.

4. IL COORDINAMENTO CON I VIGILI DEL FUOCO

Nella pianificazione dell'evacuazione è di vitale importanza stabilire un efficiente coordinamento con i soccorsi esterni (generalmente Vigili del Fuoco e 118), per garantire strategie di evacuazione in massima sicurezza.

Coinvolgere preventivamente tali strutture può contribuire anche all'affinamento di una loro esperienza professionale.

A puro titolo di riferimento possono essere adottate le seguenti strategie:

- scegliere di far convergere le persone con disabilità verso un punto di raccolta "sicuro" e ivi attendere l'arrivo dei Vigili del Fuoco oppure della squadra di emergenza interna;
- definire quale tecnica di evacuazione debba essere usata, in particolare le tecniche di trasporto per le persone che non possono muoversi da sole giù per le scale;
- definire se i cani guida per ciechi devono abbandonare l'edificio lungo le scale insieme al padrone, oppure attenersi alla indicazione dei Vigili del Fuoco di far allontanare il cane.

Quale che sia il piano, l'aspetto più critico è che sia simulato con realismo e che sia ben coordinato con gli enti locali di assistenza.

Ogni Struttura Associativa deve essere in possesso dei requisiti di sicurezza previsti dalle leggi vigenti relativamente ai punti di seguito specificati e per i quali si riportano i principali riferimenti normativi.

Deve esistere inoltre documentazione relativa alle procedure degli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria degli impianti e degli ambienti. Di tali interventi deve essere individuato un Responsabile.

IMPIANTI ELETTRICI

Gli impianti elettrici devono essere realizzati secondo quanto stabilito dalle leggi 1 marzo 1968 N. 186 "Disposizioni concernenti la produzione di materiali, apparecchiature, macchinari, installazioni ed impianti elettrici ed elettronici" e 5 marzo 1990 N. 46 "Norme per la sicurezza degli impianti" nel rispetto delle norme del Comitato Elettrotecnico Italiano (CEI).

SICUREZZA ANTINCENDIO

Ogni struttura deve essere dotata di un sistema per la rilevazione degli incendi. La sicurezza antincendio deve essere garantita in tutti gli ambienti nel rispetto delle disposizioni della legge 7 dicembre 1984, n. 818: "Nulla osta provvisorio per le attività soggette ai controlli di prevenzione incendi; modifica degli articoli 2 e 3 della legge 4 marzo 1982, n. 66 e norme integrative dell'ordinamento del Corpo Nazionale dei Vigili del fuoco" e successive modifiche e integrazioni, mediante l'applicazione delle norme tecniche vigenti e prescritte dal Comando provinciale dei Vigili del Fuoco.

Ogni struttura deve essere dotata di un piano di evacuazione in caso di incendio, illustrato ai dipendenti.

IMPIANTI TERMICI E DI CONDIZIONAMENTO

Gli impianti termici e di condizionamento devono essere realizzati nel rispetto della regola dell'arte secondo quanto disposto dalla legge 9 gennaio 1991 N. 10 "Norme per l'attuazione del piano energetico nazionale in materia di uso razionale dell'energia, di risparmio energetico e di sviluppo delle fonti rinnovabili di energia" e dovranno assicurare idonee condizioni microclimatiche tenendo conto delle caratteristiche climatiche locali.

Gli impianti devono essere sottoposti ad una idonea manutenzione.

ELIMINAZIONE DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE

Dovranno essere rispettate le disposizioni contenute nella legge 5 febbraio 1992, n. 104, articolo 24 e successive modifiche.

SEGNALETICA

Ogni struttura deve disporre di:

- sistema di segnali stradali atti ad agevolare l'accesso alla struttura stessa;
- segnalazione degli ingressi e dei parcheggi;
- planimetria della struttura con indicazione di servizi/reparti;
- segnalazione dei percorsi di accesso alle prestazioni e ai servizi amministrativi;
- tabelle con l'indicazione degli orari.

Caratteristiche della segnaletica:

- leggibilità dei caratteri;
- semplicità di linguaggio;
- protezione dalle manomissioni.

TUTELA DALL'INQUINAMENTO ACUSTICO

La tutela dall'inquinamento acustico deve essere assicurata secondo le modalità e le prescrizioni della legge 26.10.1995, n. 447.

Qualsiasi sorgente sonora, compresi gli impianti, non deve indurre rumori oltre il limite differenziale di 5 db/A nelle ore diurne (h. 6.00 – 22.00) e di 3 db/A in quelle notturne, rispetto al rumore residuo (livello continuo equivalente che si rileva quando si escludono specifiche sorgenti disturbanti).

Per le aree di degenza/assistenza, il livello sonoro equivalente (l_{eq} in db/A) deve rispondere a quanto indicato dal DPCM 1 marzo 1991: "Limiti massimi di esposizione al rumore negli ambienti abitativi e nell'ambiente esterno".

TUTELA DALL'INQUINAMENTO ELETTROMAGNETICO

La tutela dall'inquinamento elettromagnetico deve essere assicurata osservando quanto stabilito dal Decreto legislativo 4.12.1992, n. 476: "Attuazione della Direttiva 89/336/CEE del Consiglio d'Europa del 3 maggio 1989, in materia di riavvicinamento delle legislazioni degli Stati membri relative alla compatibilità elettromagnetica, modificata dalla Direttiva 92/31/CEE del Consiglio d'Europa del 29 aprile 1992 e successive modifiche.

ILLUMINAZIONE ARTIFICIALE

L'illuminazione degli interni con luce artificiale deve rispondere a criteri di buona tecnica (Norma UNI 10380).

HACCP-IGIENE DEGLI ALIMENTI: SERVIZIO CUCINA/REFEZIONE

Il servizio di cucina e refezione deve essere rigorosamente rispettoso del sistema di qualità e di autocontrollo dei "punti critici" HACCP, come esige il Decreto Legislativo n. 155 del 1997; ogni componente il servizio di cucina e distribuzione dei pasti deve partecipare periodicamente ad adeguati corsi di formazione ed aggiornamento in ossequio al citato Decreto sulla "Igiene degli Alimenti".

Il medico responsabile, a sua volta, deve prescrivere una dieta "personalizzata" a ciascun utente, al fine di garantire una corretta condotta alimentare (dalla dieta iposodica alla dieta ipolipidica o ipocalorica). Nel caso di strutture semiresidenziali, ogni famiglia/utente deve avere una **scheda personalizzata dei pasti giornalieri** relativi al pranzo del proprio figlio, anche al fine di regolarsi più appropriatamente per la cena a casa.



Segue fac-simile di scheda-menu

MENU' UTENTE:

		Primo	Secondo	Contorno
PRIMA SETTIMANA	Lunedì			
	Martedì			
	Mercoledì			
	Giovedì			
	Venerdì			
		Primo	Secondo	Contorno
SECONDA SETTIMANA	Lunedì			
	Martedì			
	Mercoledì			
	Giovedì			
	Venerdì			
		Primo	Secondo	Contorno
TERZA SETTIMANA	Lunedì			
	Martedì			
	Mercoledì			
	Giovedì			
	Venerdì			
		Primo	Secondo	Contorno
QUARTA SETTIMANA	Lunedì			
	Martedì			
	Mercoledì			
	Giovedì			
	Venerdì			

SERVIZIO MENSA

Modalità per garantire il diritto di informazione delle famiglie

La famiglia deve sapere:

- Il menù settimanale
- La localizzazione dello spazio mensa utilizzato dal proprio parente
- il nome del responsabile del servizio
- il nome del responsabile della sicurezza

La famiglia deve inoltre sapere

Per la presentazione di reclami:

- dove, a chi e come inoltrare i reclami
- entro quali tempi riceve la risposta
- in che modo può ulteriormente approfondire l'accaduto

Caratteristiche strutturali

La gestione del servizio deve garantire una costante attenzione allo stato manutentivo e al comfort degli ambienti e degli arredi. Annualmente, devono essere analizzati gli ambienti e gli arredi, valutarne le condizioni e pianificare gli eventuali gli interventi di manutenzione e/o di sostituzione.

Caratteristiche processuali

Il servizio mensa deve essere gestito attraverso procedure e istruzioni operative che riguardino i seguenti aspetti

- Definizione del menu su base minima tri-settimanale
- Organizzare il servizio in modo da garantire menù e diete personalizzate
- Piano delle visite ispettive sulla salubrità degli ambienti, sul buon funzionamento delle attrezzature e sull'igiene della conservazione degli alimenti e sul loro utilizzo
- Modalità per la registrazione delle non conformità (rispetto del menu settimanale, delle procedure, eccetera)
- Il personale addetto al servizio deve documentare la partecipazione e la frequenza di almeno un corso di formazione/aggiornamento all'anno sugli aspetti relativi al servizio.

HACCP-IGIENE DEGLI ALIMENTI: REQUISITI STANDARD STRUTTURALI E GESTIONALI

Locali e strutture

I fabbricati e le installazioni devono essere concepiti in modo da assicurare l'igiene delle operazioni e condizioni termiche e di umidità adeguate al trattamento e alla conservazione degli alimenti. Tutti i materiali di costruzione utilizzati non devono trasmettere alcuna sostanza nociva agli alimenti. I pavimenti devono essere in materiali resistenti, non assorbenti, antisdrucciolo, esenti da crepe e facili da lavare e da disinfettare. Le pareti devono essere in materiali non assorbenti, possibilmente piastrellate fino a mt. 2 di altezza, facili da lavare e da disinfettare. Gli angoli formati da pareti e pavimento dovrebbero essere arrotondati al fine da facilitarne la pulizia. I soffitti devono essere costruiti in maniera tale da impedire l'accumulo di sporcizia, da ridurre lo sviluppo di condensazione del vapore, lo sviluppo di muffa ed eventuali scrostature. Le finestre devono essere costruite in maniera da evitare l'accumulo di sporcizia. Quelle che danno sull'esterno devono essere munite di griglie, (amovibili per la pulizia e manutenzione), per impedire l'ingresso degli insetti. Le porte devono avere pareti lisce, non assorbenti, facili da lavare e disinfettare. All'occorrenza devono chiudersi automaticamente. L'illuminazione deve essere sufficiente in tutti i locali e non deve comunque alterare i colori. Ogni sistema di illuminazione, installato sopra le derrate alimentari, in qualsiasi fase della preparazione, deve essere protetto per impedire la contaminazione degli alimenti in caso di rottura. La ventilazione deve essere adeguata in tutti i locali, tale da impedire il calore eccessivo, la condensazione di vapore, il deposito della polvere e garantire il ricambio dell'aria viziata. Non devono mai verificarsi correnti d'aria tra zone "contaminate" e zone pulite. Le bocchette di ventilazione devono essere munite di griglie, (amovibili per la pulizia e manutenzione), in materiale resistente alla corrosione. Sopra i fuochi di cottura deve essere installato un dispositivo che permetta di eliminare efficacemente i vapori. Impianti sanitari e spogliatoi del personale devono essere previsti in ogni stabilimento. Questi locali non devono comunicare direttamente con le zone di lavorazione degli alimenti, devono essere ben illuminati e ventilati. I lavabi devono essere muniti di acqua

calda e fredda, di un prodotto disinfettante per le mani e di un dispositivo igienico per l'asciugatura. Nel caso di utilizzo di asciugamani di carta, a fianco del lavabo deve essere posizionato un portarifiuti. Gli armadietti del personale devono essere a doppio scomparto per evitare la promiscuità fra indumenti comuni e indumenti da lavoro.

- Attrezzature ed utensili

L'insieme delle attrezzature, (celle, frigoriferi, forni, cuocipasta, lavastoviglie, affettatrici, ecc.), e degli utensili, (cucchiai, forchette, mestoli, ecc.), utilizzati nelle zone di lavorazione degli alimenti deve essere fabbricato con materiali non assorbenti, resistenti alla corrosione e in grado di sopportare ripetute operazioni di lavaggio e disinfezione evitando la trasmissione agli alimenti di sostanze tossiche, odori o sapori non desiderati. Le superfici devono essere lisce ed esenti da cavità e fessure. E' essenziale, oltre al lavaggio, disinfettare tutte le attrezzature e gli utensili usati per alimenti crudi prima di servirsi per alimenti cotti o precotti, (meglio sarebbe utilizzare utensili differenti per cibi crudi e cibi cotti). Le attrezzature e gli utensili trasportabili come cucchiai, sbattitori, padelle, ecc. devono essere protetti da ogni contaminazione.

- Stoccaggio dei prodotti

Tutti gli alimenti devono essere conservati in condizioni di pulizia ed igiene, alla corretta temperatura ed umidità, in contenitori chiusi per evitare rischi di contaminazione. Tutte le zone di stoccaggio devono essere ordinate in modo da consentire:

- la verifica dello stato di conservazione degli alimenti;
- la corretta rotazione delle scorte;
- l'eventuale allontanamento degli alimenti scaduti o non idonei.

Non si devono stoccare cibi direttamente sul pavimento o a contatto con le pareti. Le scorte vanno gestite secondo il sistema "FIRST IN – FIRST OUT", (il primo alimento stoccato sarà il primo alimento ad entrare in preparazione o lavorazione).

Lo stoccaggio dei cibi non refrigerati deve essere effettuato in un ambiente fresco, secco e ben aerato. Le scaffalature devono essere costruite in materiale resistente alla corrosione, (sono da preferirsi scaffalature removibili per facilitare le operazioni di pulizia). Si devono effettuare regolari controlli per individuare l'eventuale presenza di animali infestanti. Gli alimenti con imballi danneggiati o corrosi (es. scatolame), non devono essere stoccati. I contenitori per alimenti devono avere i coperchi e devono essere facili da lavare e disinfettare. Lo stoccaggio dei cibi refrigerati deve essere effettuato ad una temperatura massima di +4°C. I congelatori devono essere mantenuti a -18°C. Per ridurre i rischi di contaminazione crociata sono opportuni ripiani e/o celle separate per i diversi tipi di alimenti. In tal caso le temperature di conservazione dei principali alimenti sono:

- cibi surgelati -18°C
- carne e pesce da 0° a +4°C
- frutta e verdura da +6° a +8°C

I frigoriferi e i congelatori:

- devono essere muniti di termometro per garantire la giusta temperatura di conservazione che va quotidianamente controllata;
- vanno sbrinati almeno una volta alla settimana;
- devono avere chiusure ermetiche con guarnizioni efficienti;
- non vanno sovraccaricati.

I cibi cotti vanno conservati separatamente da quelli crudi, ciascuno nel proprio frigorifero o quantomeno su ripiani separati, in contenitori adeguati provvisti di coperchio disponendo i cibi cotti sopra a quelli crudi.

- Preparazione, cottura, conservazione e somministrazione dei prodotti

Il lavoro deve essere organizzato secondo il principio della "marcia in avanti". I prodotti devono accedere alla cucina privi dei loro imballi, (fonti di contaminazione). La preparazione degli alimenti crudi deve essere effettuata in aree diverse da quella degli alimenti cotti o precotti. Se per mancanza di spazi non è possibile lavorare i prodotti crudi in ambienti separati è necessario eseguire le lavorazioni in tempi diversi procedendo ad una adeguata pulizia e disinfezione di superfici, attrezzature ed utensili ad ogni cambiamento di prodotto.

Molti prodotti, (carne, pollame, pesce, ecc.), devono essere cucinati solo dopo essere stati scongelati. Lo scongelamento deve avvenire in condizioni di bassa temperatura (max. +4°C), quindi in frigorifero o cella per il tempo necessario. Il liquido di scongelamento è terreno estremamente fertile per la proliferazione batterica; quindi il prodotto da scongelare va tenuto separato, possibilmente coperto e comunque posto nel punto più basso del frigorifero per evitare sgocciolamenti su altri cibi. Dopo lo scongelamento i cibi vanno conservati ad una temperatura inferiore a +4°C e consumati entro 24 ore.

Il ricongelamento di un cibo scongelato è vietato per legge.

La cottura degli alimenti deve essere concepita con il fine di:

- preservare al massimo il loro valore nutritivo;
- garantire l'eliminazione di eventuali microrganismi mediante il trattamento termico.

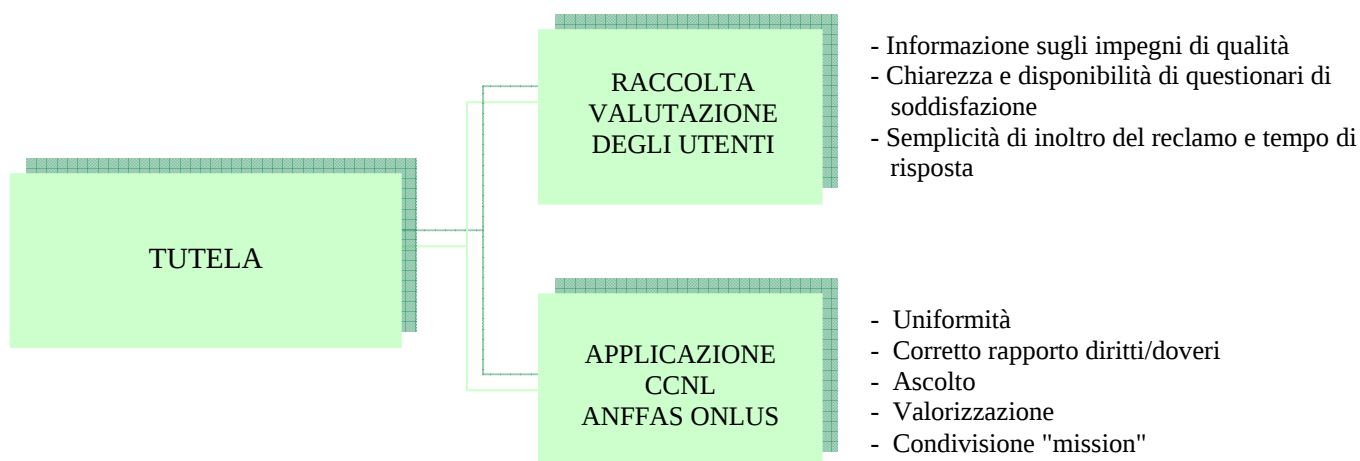
Per rispettare le regole sopraesposte i cibi devono essere cotti ad una temperatura superiore a +75°C che raggiunga tutta la massa. La conservazione a caldo dei cibi dopo la cottura deve essere effettuata ad una temperatura di almeno +65°C fino al momento della somministrazione. Quando i cibi vengono preparati in anticipo, la loro cottura deve essere seguita da un raffreddamento il più rapido possibile.

La conservazione a freddo dei cibi deve essere effettuata ad una temperatura inferiore a +4°C fino alla loro successiva lavorazione o al consumo finale. Al momento del servizio il prodotto va riscaldato fino a raggiungere una temperatura di +75°C al cuore. Il prodotto può essere rinvenuto con la temperatura solo una volta. La conservazione delle preparazioni fredde deve essere effettuata ad una temperatura inferiore a +10°C; nei banchi di esposizione i cibi vanno adeguatamente protetti. La somministrazione dei cibi caldi deve essere fatta in modo da mantenerli ad una temperatura di almeno +65°C, mentre quella dei cibi freddi ad una temperatura inferiore a +10°C.

- Gestione dei rifiuti

Ogni residuo di lavorazione va rimosso. I bidoni dei rifiuti giornalieri devono essere in numero sufficiente, muniti di coperchio a pedale e facilmente lavabili e disinfettabili. I rifiuti sistemati in sacchi a perdere vanno rimossi regolarmente dalle zone di lavoro e comunque ad ogni fine turno. I sacchi devono essere depositati, in attesa di smaltimento, in aree separate dai locali di lavorazione allo scopo di evitare qualsiasi possibilità di contaminazione crociata. Queste aree vanno mantenute alla temperatura più bassa possibile, devono essere ben ventilate, protette da animali infestanti, facili da pulire e da disinfettare. I cartoni e gli imballaggi, una volta svuotati, devono essere trattati nello stesso modo dei rifiuti. Eventuali recipienti riutilizzabili devono essere lavati e disinfettati ogni qualvolta vengono riportati in cucina.

QUALITA' DEL SERVIZIO A MARCHIO ANFFAS



Come sarà in dettaglio illustrato nella SEZIONE QUATTRO, ciascuna nostra Struttura Associativa deve implementare procedure di reclamo dell'utente in caso di violazione dei "principi fondamentali" e degli impegni di qualità del servizio assunti. Le procedure di reclamo devono essere accessibili, di semplice comprensione e di facile utilizzazione; devono svolgersi in tempi rapidi e predeterminati, assicurare un'indagine completa e imparziale circa le irregolarità denunciate e garantire un'informazione periodica sullo stato di avanzamento dell'indagine, oltre che prevedere alla fine una risposta completa o, in caso, un riesame.

Si tratta di un impegno di fondamentale importanza e rafforza il carattere del servizio posto nell'ottica del massimo rispetto dell'utente: l'aspetto della tutela è **il punto più alto** del concetto di servizio in quanto la Struttura erogatrice deve adottare meccanismi e soluzioni che mettano l'utente in grado di difendersi dalla Struttura erogatrice stessa.

Ma l'aspetto della tutela dovrà caratterizzare l'azione di ogni Associazione a marchio ANFFAS anche verso i propri dipendenti (definibili come UTENTI SECONDARI), nei cui confronti non devono essere compiute negligenze, omissioni o diminuzioni di investimento.

In tal senso, la puntuale e uniforme applicazione del CCNL (Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro) ANFFAS onlus ha il significato di garanzia di un corretto rapporto tra ciascuna nostra Struttura Associativa e i relativi dipendenti, in termini di reciproci "diritti" e "doveri".

Il CCNL ANFFAS ONLUS
deve disciplinare la regolamentazione del trattamento economico e normativo
e
deve essere indistintamente applicato a tutto il personale dipendente.

Ciascuna Struttura Associativa richiede, nell'espletamento del lavoro, il rispetto di tutte le norme di legge, dei disposti fissati dal CCNL, degli eventuali regolamenti interni ma, in special modo, si aspetta anche **la condivisione dei principi statutari**: ecco perché ci piace di più chiamare i dipendenti nostri stretti "**collaboratori**", anche loro promotori della nostra "mission".

Inoltre, ciascuna Struttura Associativa deve assumere l'impegno di ascoltare e valutare attentamente i bisogni da loro espressi. Di più, ciascuna Struttura Associativa deve puntare, attraverso gradualità piani di miglioramento continuo, alla valorizzazione delle risorse umane disponibili, promuovendo iniziative formative e di riqualificazione, utili a sostenere il livello qualitativo delle prestazioni e, soprattutto, a conseguire nuovi processi organizzativi di responsabilizzazione e riconoscimento.

SEZIONE QUATTRO

MECCANISMI DI TUTELA E DI VERIFICA

Sono indicate le modalità e procedure con le quali ciascuna nostra Struttura Associativa deve assicurare la tutela delle persone con disabilità intellettiva e relazionale e delle loro famiglie

rispetto agli atti o comportamenti che neghino o limitino la fruibilità del servizio.



In caso di mancato rispetto degli Standard di qualità dichiarati nella Carta dei Servizi, l'utente non solo può reclamare ma deve essere tutelato e agevolato dalla stessa Struttura erogatrice nel suo reclamo.

IL RECLAMO "VISTO IN POSITIVO"

STRUMENTO D'ASCOLTO E MIGLIORAMENTO



Il reclamo può essere vissuto come qualcosa da evitare a tutti i costi, in quanto costituisce una denuncia di gravi mancanze dell'organizzazione e/o del singolo addetto, ovvero una critica umiliante nei confronti di chi cerca di svolgere al meglio il proprio lavoro.

Questa accezione eccessivamente negativa che viene attribuita al reclamo porta frequentemente a considerare che l'assenza di reclami costituisca un'evidenza di servizi di buona qualità e che pertanto rappresenti un importante obiettivo da raggiungere.

E' però utopistico immaginare un'organizzazione che sia esente da critiche da parte dei suoi utenti, così com'è difficile pensare che una Struttura possa impostare delle azioni di miglioramento della qualità senza tenere conto dell'opinione degli utenti, centrandosi sulla "qualità percepita", soprattutto senza ascoltare coloro i quali si dichiarano insoddisfatti ed esigono una risposta.

E' fondamentale dunque disporre di strumenti d'ascolto che permettano di cogliere i segnali di disagio e di insoddisfazione.

Di questi strumenti, il reclamo è quello a più forte valenza strategica, in quanto, oltre a costituire un monitoraggio dei punti critici del sistema, può divenire un elemento di cambiamento che orienta l'azione decisionale e strategica della Struttura.

Il reclamo può rappresentare pertanto il punto di partenza di un circuito virtuoso per la Struttura, una sorta di "carburante" indispensabile per mettere in moto azioni di miglioramento che partano dalla rilevazione della qualità percepita dagli utenti, per individuare i nodi critici del sistema ed attivare processi di miglioramento e di adeguamento della qualità dei servizi.

Il reclamo deve essere senza dubbio inquadrato nel contesto di un progetto di miglioramento integrale della qualità dei servizi:

il reclamo non è da considerare un fine - per quanto essenziale sia la risposta risolutiva data al singolo utente che reclama un suo diritto - ma soprattutto uno strumento volto all'attivazione di un percorso più ampio di miglioramento della qualità

Creare un sistema di reclami significa, innanzitutto, dotare l'organizzazione di uno strumento sensibile a rilevare e a rispondere rapidamente alle situazioni di disagio e insoddisfazione vissute dall'utente. In questo senso, gestire in modo efficace i reclami significa dotarsi di "sensori" che mettono in evidenza in modo tempestivo i punti deboli nei vari livelli della struttura, offrendo possibilità altrettanto tempestive di recupero e correzione.

Il "sistema di gestione dei reclami" di cui si intende caratterizzare la nostra Carta dei Servizi oltrepassa dunque l'ottica giuridico-burocratica e sanzionatoria con la quale era stato inizialmente interpretato nel servizio pubblico (DPCM del 27.01.1994) e si caratterizza come meccanismo di tutela che punta alla soddisfazione dell'utente e – parallelamente - al miglioramento continuo del servizio. In quest'ottica, gli **obiettivi** specifici di un sistema di gestione dei reclami sono sostanzialmente due:

- dotare l'organizzazione di strumenti sensibili a rilevare e rispondere rapidamente alle situazioni di disagio ed insoddisfazione espresse dal singolo utente;
- implementare un "sistema di analisi" dei reclami al fine di orientare le decisioni di ciascuna Struttura Associativa verso il miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati.

I reclami, se opportunamente raccolti ed analizzati, costituiscono una risorsa di grande valore per l'organizzazione, rappresentano un'occasione preziosa per identificare e correggere gli errori, migliorare la qualità dei servizi offerti agli utenti ed aumentare la loro fiducia.

Per innescare il circolo virtuoso che porta l'utente alla presentazione dei reclami e quindi al miglioramento del servizio è necessario superare molte difficoltà e nodi critici che, come vedremo, sono legati tanto alle radicate tradizioni autoreferenziali e burocratiche di una Struttura come alle idiosincrasie dell'utente che ha ormai acquisito una radicata cultura di sfiducia verso le Istituzioni in genere.

I PUNTI CRITICI DEL RECLAMO



Il processo attraverso cui l'utente pone all'attenzione della Struttura Associativa uno stato di disagio o di insoddisfazione non è così immediato e semplice come si potrebbe pensare. In primo luogo, bisogna ricordare la situazione delicata del reclamo, ed in generale del rapporto "utente-istituzione", nel contesto particolare dei servizi assistenziali in genere.

Questo rapporto è caratterizzato da una forte asimmetria e subalternità sia per lo squilibrio di conoscenze e di potere che esiste tra l'utente e l'operatore tecnico-professionale, sia per il prevalere nell'istituzione di una logica "burocratica" che finisce per mettere in secondo piano i bisogni dell'utente, sia infine per la intrinseca fragilità e debolezza della condizione dell'utente.

La Struttura spesso non viene neanche a conoscenza dei disagi provati dagli utenti: in molte occasioni gli utenti si limitano a subire il disagio, senza manifestarlo; altre volte, i canali e le modalità attraverso i quali manifestano la propria insoddisfazione non sono corrette ed adeguate, per cui il processo di trasformazione del disagio in un reclamo formale non viene completato; in ambedue i casi, l'utente non otterrà la risposta in merito all'insoddisfazione provata, né la Struttura potrà mettere in atto le misure necessarie a correggere un eventuale disservizio.

Un fattore di natura culturale e psicologica che costituisce una barriera ad un'aperta manifestazione del reclamo è costituito dalla *paura delle ritorsioni*. Soprattutto in un ambito

delicato come quello dei servizi assistenziali, il timore che quanto detto possa causare delle ripercussioni spiacevoli su di sé o sulla persona a nome della quale è stato espresso il reclamo costituisce sicuramente un deterrente per la sua esternazione. La paura della "vendetta" ha come presupposto implicito la visione della gestione del reclamo in chiave punitiva, come un sistema volto alla individuazione della colpa ed alla punizione dei responsabili, piuttosto che alla soddisfazione dell'utente e al miglioramento del servizio: "se io reclamo, il responsabile viene punito, e lui si vendicherà". Lo stesso tipo di interpretazione del reclamo in chiave punitiva, ma in un'ottica diametralmente opposta, talvolta fa sì che, in base ad un atteggiamento di *"solidarietà con l'operatore"*, un legittimo reclamo non venga espresso dall'utente. La paura che il presunto responsabile del disservizio venga punito, magari duramente, fa scattare meccanismi paternalisti di copertura, o talvolta vere e proprie situazioni di "omertà".

Se talora il disagio provato dall'utente non si traduce in una chiara espressione di insoddisfazione, in altre occasioni l'utente esterna la sua protesta attraverso modalità non adeguate. Pensiamo soprattutto a problemi legati all'emotività ed alla aggressività che si possono accompagnare (e spesso si accompagnano) all'espressione del reclamo. Una manifestazione "esasperata" del reclamo trova diverse spiegazioni ed è comunque riflesso della *sfiducia nei confronti dell'istituzione*. E' peraltro abbastanza diffusa la convinzione che urlare, agitarsi, comportarsi in maniera aggressiva sia l'unico modo di combattere l'indifferenza degli operatori, l'unico modo per farsi sentire. Sia nel caso della carente espressione che in quest'ultimo di espressione non adeguata, la direzione verso la quale bisogna muoversi è quella del cambiamento di atteggiamento degli utenti e della diffusione da parte della Struttura di una corretta cultura del reclamo.

E' questa sicuramente un'operazione complessa che richiede un lungo investimento di energie ma che è necessario affrontare per gestire in maniera efficace i reclami. Mettere in essere queste azioni correttive in modo efficace significa rompere il circolo vizioso che impedisce alle nostre famiglie di far giungere la loro voce a chi eroga servizi.

La Struttura Associativa, dal canto suo, si trova a dover affrontare e risolvere diversi punti critici legati, da una parte, a fattori culturali, dall'altra alla presenza di vincoli strutturali in termini di organizzazione e di utilizzo delle risorse.

Spesso la cultura diffusa nelle organizzazioni relativamente al reclamo è intrisa di un atteggiamento difensivo e scettico. In base ad una visione limitativa, in cui si tende a interpretare il reclamo in termini personalistici, molti operatori vivono il reclamo come un attacco individuale, che può sfociare in un provvedimento disciplinare. La **"cultura della colpa"**, in cui le persone criticate possono subire conseguenze negative, porta solo ad una situazione in cui il personale teme i reclami, cerca di nasconderli e li affronta in modo negativo o persino con ostilità.

Un altro fattore di criticità del reclamo dal punto di vista della cultura organizzativa riguarda, in modo più specifico, l'importanza e la centralità degli operatori che sono a diretto contatto con l'utenza; troppo spesso, infatti, viene sottovalutato il ruolo degli operatori, la cui capacità di gestire le relazioni interpersonali è fondamentale per instaurare buoni rapporti con il reclamante. Gli operatori sono spesso insufficientemente sensibilizzati sull'importanza del proprio compito e sprovvisti della formazione adeguata per svolgerlo nelle modalità più adatte.

Le Strutture, nella gran parte dei casi, si caratterizzano per essere chiuse, rigide, relativamente impermeabili al mondo esterno, dominate da un sistema di gestione e di procedure che non favorisce assolutamente il contatto e la verifica con il punto di vista dell'utente. Parallelamente, l'eventuale ambiguità e poca visibilità dei livelli di responsabilità all'interno dell'organizzazione rende pressoché impossibile rispondere al reclamo "presto e bene".

Se da una parte gli operatori oppongono forti resistenze al cambiamento, è pur vero, dall'altra, che sono pressati doppiamente dalle richieste dell'utente e dalle richieste dell'organizzazione. Inoltre, l'organizzazione tende più facilmente a cercare/identificare un responsabile piuttosto che a riflettere globalmente sull'accaduto: la presenza di un capro espiatorio permette infatti di scaricare le colpe su un solo componente del gruppo deresponsabilizzando tutti gli altri ed evitando di mettere in crisi metodi e procedure di lavoro e di comportamenti ormai consolidati e generalmente riconosciuti e condivisi. I principali fattori di criticità da parte dei soggetti erogatori sono dunque da ricercare nella paura verso il cambiamento e nella necessità di rivedere, riprogrammare e in generale ripensare l'intero processo organizzativo, le strategie di sviluppo, i comportamenti e le modalità relazionali.

Le Strutture che, superando punti critici legati a fattori culturali-organizzativi riescono a comprendere l'utilità dell'instaurazione di un sistema interno di reclami, devono superare un ulteriore ostacolo per raggiungere le condizioni di piena operatività. Un sistema di reclami infatti, per produrre risultati efficaci, richiede investimenti in termini di **risorse umane e strumentali**.

Instaurare un sistema di reclami significa, per prima cosa, crederci. Crederci significa scommettere sul ritorno in termini di miglioramento del servizio. Ma il miglioramento diventa reale solo a condizione di allestire un sistema "professionale", al quale si devono dedicare risorse ed energie. L'assenza di ambienti adeguati in cui accogliere e ascoltare gli utenti, una dotazione informatica inadeguata, la mancata disponibilità di operatori ben preparati per analizzare e monitorare i reclami, ad esempio, sono fattori che possono indebolire, fino a rendere del tutto inefficaci, i tentativi di mettere a regime un sistema di reclami. Bisogna investire in termini di quantità e qualità del personale impiegato. Oltre, infatti, alla necessità di poter disporre di un numero sufficiente di operatori, occorre poter disporre di personale preparato, *al quale vengano dedicate adeguate risorse in termini di formazione e valorizzazione*:

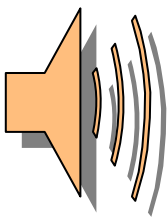
- sulla gestione delle relazioni con gli utenti;
- sulla mediazione (*abilità a mettere in relazione soggetti diversi e spesso contrapposti*);
- sulla conoscenza della struttura organizzativa esistente nel suo complesso;
- sulle tecniche di elaborazione e analisi delle informazioni;
- sulle tecniche di progettazione delle azioni di miglioramento.

La risorsa fondamentale di cui l'ufficio preposto deve disporre è data dalla **qualità del personale ad esso assegnato**. Uno dei criteri da utilizzare, nella selezione del personale destinato ad incarichi in cui è prevista la gestione dei reclami, dovrebbe essere l'abilità dei candidati nella gestione dei rapporti interpersonali.

Un altro importante criterio è quello della **conoscenza della struttura organizzativa nel suo complesso**. Le persone che gestiscono i reclami dovranno, infatti, dialogare attivamente con ciascun reparto e ciascun servizio: una buona conoscenza dei meccanismi di funzionamento e del personale potrà sicuramente agevolare lo svolgimento della funzione istruttoria, fornendo risposte immediate agli utenti, nonché individuando le maggiori criticità da cui deriva l'eventuale disservizio segnalato.

Inoltre, all'interno dell'ufficio dovrebbero trovare spazio operatori con **capacità di analisi e gestione delle informazioni**, anche a fini di progettazione di innovazioni migliorative della qualità dei servizi.

Sempre per quanto attiene la gestione delle risorse dedicate al sistema reclami, la Struttura dovrebbe prestare attenzione al fatto che il personale a diretto contatto con il pubblico ed, in particolare, coloro i quali sono dedicati alla ricezione dei reclami sono sottoposti a pressioni emotive, a volte logoranti. E' importante che venga fornito il massimo sostegno agli operatori ed aiutarli a svolgere il loro lavoro.



COME FACILITARE L'ESPRESSIONE DEL RECLAMO

Ogni soggetto erogatore deve *fare in modo che gli utenti possano ed, anzi, siano stimolati a esprimere un reclamo ogni qualvolta si sentano insoddisfatti.*

Per far sì che aumenti la probabilità della presentazione del reclamo è necessario svolgere una corretta attività di **informazione** verso gli utenti che abbia per oggetto i loro diritti in quanto tali, la tipologia di disservizi che giustificano il reclamo e la modalità di presentazione del reclamo stesso; inoltre, i **locali** adibiti per la ricezione del reclamo devono essere facilmente **accessibili** in termini di visibilità, raggiungibilità, orari, eccetera. Soprattutto, risulta essenziale **sensibilizzare il personale** addetto alla ricezione degli utenti (e, più in generale, il personale per intero) in maniera che ci sia un corretto atteggiamento e capacità di ascolto, entrando così autenticamente in relazione – anche “empatica” - con chi reclama.

Nell'ambito delle attività di comunicazione verso gli utenti è possibile e doveroso informare su quali sono i *diritti e i doveri* nella fruizione dei servizi. Se da un lato, in effetti, gli utenti devono essere informati dei loro diritti in quanto fruitori di un servizio, è pur vero che gli utenti stessi hanno delle responsabilità nei confronti della struttura che si traducono in precisi doveri. La presenza di obblighi reciproci dà al rapporto tra struttura e utente una caratteristica più marcata di bilateralità che costituisce la base per un rapporto di tipo negoziale, per un rapporto di servizio che sia un patto tra utente e struttura nella logica della Carta dei Servizi. Il primo messaggio da inviare agli utenti è la presenza di questa doppia responsabilità che rende il rapporto più trasparente e partecipativo.

Bisogna informare sulle *circostanze* nelle quali gli utenti possono reclamare, ovvero su che cosa e quando l'utente insoddisfatto può reclamare. Per giudicare quando reclamare si può sicuramente considerare l'insieme degli standard di qualità del servizio erogato, che devono essere ampiamente pubblicizzati attraverso la Carta dei Servizi, utilizzando qualsiasi canale che sia in grado di raggiungere l'utenza. Gli standard espressi sia in termini quantitativi che qualitativi costituiscono il punto di riferimento per determinare la violazione o meno di un diritto dell'utente. E' questo lo scopo preciso degli standard di qualità: essi devono quindi essere comunicati in maniera univoca, chiara e comprensibile per tutti gli utenti.

Un altro aspetto sul quale agire è quello di facilitare l'accesso al reclamo attraverso interventi gestionali e strutturali sulla postazione addetta alla ricezione del reclamo. Un aspetto di vitale importanza per garantire l'accesso dell'utente al reclamo è la *distribuzione* di “punti” (uffici, sportelli, personale addetto, cassette, eccetera) per la raccolta dei reclami che deve essere organizzata all'interno di tutta la rete di servizi: in termini ideali in ciascun presidio dovrebbe esistere un punto di raccolta. In caso di Strutture complesse, è opportuno comunque prevedere una centralizzazione dei dati e l'utilizzo di un'unica procedura che possa permettere di avere una visione generale dell'andamento dei reclami.

I punti a disposizione devono avere la necessaria *visibilità*, agendo in primo luogo sulla segnaletica, indicando all'interno della struttura con adeguati cartelli la localizzazione dell'ufficio o del punto dove trovare il personale addetto alla ricezione dei reclami; in quest'ottica, le strutture potrebbero sviluppare un simbolo o logo estremamente visibile e riconoscibile, che l'utenza associ immediatamente al “servizio reclami”. Anche l'*accessibilità* diretta agli uffici è un altro elemento sul quale si può agire. Questo significa agire sulla dimensione temporale istituendo degli orari ampi e flessibili, sia per quanto riguarda l'apertura degli uffici che il funzionamento dello sportello telefonico.

Oltre alla relazione diretta dell'ufficio addetto e la comunicazione telefonica, deve essere possibile utilizzare mezzi come il fax e la posta elettronica, che permettono peraltro l'espressione scritta del reclamo. La Struttura si potrebbe dotare di una casella di posta elettronica a cui gli utenti si possono rivolgere per presentare i reclami ma anche per richiedere informazioni.

Un ulteriore elemento dell'ufficio presposto è legato alla *accoglienza*, intendendo con questo la piacevolezza dell'ambiente, in termini di luminosità, temperatura e aspetto generale al fine di essere accogliente ed incoraggiare l'espressione dell'utente che presenta il reclamo. In questo senso, è preferibile prevedere piuttosto che il classico sportello, che mette in posizione di sudditanza l'utente e non garantisce la riservatezza, una strutturazione in postazioni dove utente ed operatore possano sedersi attorno ad un tavolino in maniera riservata.

La facilitazione dell'accesso può anche essere realizzata attraverso l'utilizzo di procedure e modulistica semplice per venire incontro alle esigenze degli utenti e che alleggeriscano al massimo il compito di sporgere il reclamo (*semplicità della prassi*).

Un altro aspetto dell'accesso riguarda gli aspetti comunicativi e relazionali del particolare rapporto che si stabilisce tra utente che presenta il reclamo e operatore che lo riceve (o più in generale che "ascolta" l'utente). La modalità di come tale rapporto si instaura è uno dei fattori più importanti per l'espressione del reclamo in maniera corretta. Gli elementi che debbono caratterizzare il comportamento degli operatori sono quelli della *cortesia*, della *disponibilità* e la *capacità di ascolto*. In effetti, sicuramente uno dei fattori che inibisce maggiormente l'utente è l'avere a che fare con una persona indifferente, scontrosa o anche "maleducata" o che mette soggezione. Questo può accadere quando si ha a che fare con personale poco motivato o qualificato a ricoprire un ruolo di relazione con l'utenza. Un'abilità di fondamentale importanza in questo contesto è la capacità di gestire un utente irritato. L'abilità dell'operatore è di non lasciarsi coinvolgere emotivamente, riuscendo al tempo stesso a mettere in atto quanto previsto per la gestione del reclamo.

Oltre a saper trattare l'utente irritato bisogna saper impostare il rapporto in maniera corretta. A questo riguardo vanno evitati atteggiamenti come: mettere in dubbio la parola o la buona fede dell'utente, colpevolizzarlo o ridicolizzarlo, sminuire l'importanza del danno subito, e altri atteggiamenti ancora che non contribuiscono a creare un buon rapporto.

A completamento delle indicazioni per favorire un buon rapporto con l'utente che reclama, è opportuno fare riferimento all'atteggiamento generale al quale l'operatore può ispirarsi. Si tratta di un atteggiamento positivo, ovvero una propensione mentale a percepire l'aspetto positivo del reclamo e a trasmettere tale propensione all'utente durante il rapporto. L'operatore in altri termini è invitato a non porsi su una posizione difensiva quanto piuttosto su una posizione di accettazione ("i reclami sono bene accettati") e di valorizzazione del reclamo.

LA GESTIONE DEI RECLAMI PER LA RISPOSTA AL SINGOLO UTENTE



Gli obiettivi del sistema di gestione del reclamo sono quelli di realizzare e mettere in atto una procedura che sia efficace ed efficiente al fine di garantire una risposta a chi presenta il reclamo e, più in generale, di migliorare i servizi stessi della struttura.

Viene affrontata in primo luogo la gestione della risposta al singolo utente analizzando le caratteristiche generali procedurali.

La procedura deve:

- essere formalizzata e scritta: è necessario disporre di procedure formali scritte, che siano recepite e seguite da tutto il personale. E' importante a questo riguardo precisare che lo scopo primario della formalizzazione della procedura dovrebbe essere la rapida soluzione dei problemi ed un trattamento uniforme dei reclami e non la creazione di una ulteriore prassi burocratica fine a se stessa;
- essere standardizzata ma flessibile: una procedura che garantisca uniformità di trattamento del reclamo, pur tenendo conto della variabilità delle situazioni e quindi della elasticità necessaria alla pratica;
- essere scritta in maniera chiara e comprensibile, facile da applicare per non lasciare dubbi agli operatori su come agire;
- garantire una risposta ed una soluzione quanto più rapida possibile del reclamo. Ciò potrebbe implicare il conferimento di autonomie decisionali e responsabilità agli operatori affinché possano prendere delle decisioni immediate senza dover attendere l'iter burocratico delle autorizzazioni;
- essere completa: cioè, prevedere il trattamento di tutti i tipi di reclami; una procedura completa significa anche descrivere tutte le fasi che la compongono determinando chiaramente i punti di passaggio da una fase all'altra e le rispettive responsabilità. Un altro elemento, più strettamente operativo, che contribuisce alla completezza della procedura, è quello di prevedere il maggior numero di casi possibile e le modalità di comportamento in situazioni particolarmente critiche. Un esempio in questo senso potrebbe essere fornire indicazioni su come trattare quella tipologia di utenti "difficili" o che reclamano in continuazione, come gestirli sia di persona che al telefono, come trattare la loro corrispondenza, quando, come e su quale base autorizzativa sospendere il rapporto con tali utenti, prevedendo le possibili reazioni e le risposte che l'operatore è tenuto a fornire;
- garantire l'imparzialità, evitando qualunque pregiudizio a carico della persona che reclama, di membri del personale o dell'organizzazione. L'ideale sarebbe che ad occuparsi dei reclami che richiedono un'analisi interna sia un funzionario che non appartenga alla sezione/unità operativa che è stata oggetto del reclamo, il quale dovrebbe poi riferire i risultati dell'analisi ad un dirigente di altro livello;
- garantire la riservatezza: lo scopo è quello di evitare che gli utenti si sentano intimiditi all'idea di presentare un reclamo e di far sì che le accuse mosse contro i dipendenti siano conosciute solo dai diretti interessati e dalle persone incaricate di esaminare il caso.
- garantire l'eguaglianza di trattamento: la procedura deve garantire il trattamento equo per tutte le persone che si trovano in circostanze simili. E' bene, in questo senso, che le motivazioni alla base del reclamo siano comunicate a tutte le parti in causa. Particolare attenzione va posta nei confronti del personale. La struttura dovrebbe provvedere attraverso la procedura a che i dipendenti vengano trattati in maniera equa quando viene presentato un reclamo contro di loro. Ciò significa prevedere di fornire loro immediatamente le informazioni complete su qualunque reclamo relativo al loro operato o al loro comportamento, dando l'opportunità di esporre la propria versione dei fatti e mantenerli informati sullo stato d'avanzamento e sugli esiti delle indagini relative al reclamo.

Nell'ambito di una logica di **processo**, possiamo considerare la procedura di gestione dei reclami suddivisa in quattro fasi:

1: raccolta del reclamo

E' importante sottolineare che una corretta gestione del reclamo comincia da una corretta raccolta. Dovrebbe essere evitato al massimo di richiedere informazioni che non

sono essenziali per il reclamo e in particolare deve essere prestata attenzione alla comprensibilità delle istruzioni e al linguaggio utilizzato considerando anche le capacità linguistiche di particolari fasce di utenza (con basso livello di scolarizzazione, extracomunitari, eccetera).

Tenendo presente il fatto che non sempre la persona che si rivolge all'ufficio è in grado di esprimere correttamente il disagio provato attraverso una precisa denuncia o richiesta, è fondamentale che chi raccoglie il reclamo sappia aiutare l'utente a tradurre questo disagio in una comunicazione completa ed esauriente che metta in grado il sistema di gestione dei reclami di raggiungere i suoi obiettivi. In questo senso, ognuno dei seguenti punti deve essere indagato in maniera decisa anche se cortese e rispettosa: tipo di evento che ha provocato il disagio nell'utente, svolgimento dei fatti, danni subiti ed aspettative dell'utente. Una volta raccolto l'insieme delle informazioni "rilevanti", bisogna decidere sull'iter da seguire, ovvero se aprire o meno un'istruttoria. Come è stato già accennato precedentemente, in molti casi in effetti può essere data una risposta immediata senza ricorrere all'istruttoria. I casi in cui l'istruttoria deve essere aperta possono essere quelli in cui l'episodio fa riferimento a condizioni non immediatamente verificabili, per cui non è possibile dar luogo a risposte standardizzate immediate.

2: istruttoria

La fase dell'istruttoria, ovvero quella dell'indagine interna per l'accertamento dell'accaduto, è una delle fasi più delicate ed investe direttamente il problema delle responsabilità.

I passi procedurali dell'istruttoria si possono così sintetizzare:

- *Affidamento dell'istruttoria* che consiste nell'individuazione del livello di responsabilità per la conduzione dell'indagine. Insieme alla responsabilità devono inoltre essere identificati gli elementi necessari per la formulazione della risposta. Devono cioè essere definite le informazioni da rilevare per verificare l'episodio denunciato dal reclamo, al fine di verificare lo svolgimento dei fatti. Deve altresì essere comunicato al responsabile dell'indagine qual è il limite temporale previsto entro cui fornire la risposta.
- *Verifica di congruenza e completezza*, ovvero verifica che tutti gli elementi informativi richiesti siano presenti al fine di poter formulare e comunicare la risposta all'utente. In caso negativo viene richiesto alla stessa persona che ha condotto l'indagine un *supplemento* di indagine al fine di colmare le lacune informative.

3: formulazione e comunicazione della risposta

La terza fase è quella della formulazione e della comunicazione della risposta, conseguentemente ad attenta analisi delle informazioni raccolte. Questa, come già accennato, può essere immediata nei casi di immediata verificabilità, oppure può essere data dopo un'attività di istruttoria e indagine. In ambedue i casi, un aspetto critico è quello di non riuscire a soddisfare con la risposta prevista le aspettative dell'utente (in merito, è opportuno raccogliere e verificare le aspettative dell'utente già nella fase di presentazione del reclamo). E' consigliabile rendere la formulazione della risposta il più possibile flessibile e "personalizzabile" sulle specifiche aspettative dell'utente. Ciò può essere realizzato attraverso un ampliamento delle possibili alternative di risposta e un rapporto negoziale con l'utente nel momento della comunicazione finale. La negoziazione della risposta implica ovviamente un certo margine di autonomia per l'operatore responsabile.

Il termine qui utilizzato è quello generico di "risposta". Più in dettaglio, bisogna considerare le diverse forme che questa può assumere secondo i casi. La risposta può essere una semplice informativa, oppure una presentazione di scuse da parte della struttura; può consistere nell'immediato rimedio ad un disservizio subito dall'utente attraverso l'erogazione di una prestazione; può riscuotere maggiore successo una lettera, priva di retorica, che con trasparenza spieghi l'accaduto ed eventualmente chiedi scusa all'utente per il disagio arrecatogli.

Per quanto riguarda i tempi di risposta, è previsto un massimo di 30 giorni per fornire la risposta finale all'utente.

4: il "riesame"

Può essere prevista una fase di riesame su cui la struttura si impegna in quei casi in cui, ad esempio, c'è una contestazione da parte dell'utente in merito all'accertamento dei fatti o c'è una rettifica rispetto a quanto denunciato in origine. In questo caso, la procedura e i tempi sono gli stessi della fase di istruttoria. Un ulteriore problema riguarda, per quanto concerne la responsabilità, la situazione del riesame. Nel caso in cui ci sia contestazione sull'accertamento dei fatti, sembra opportuno cambiare la persona che svolge l'indagine, o salendo di livello gerarchico oppure ricorrendo ad una persona "super partes".

Oltre al riesame, va comunque considerata la possibilità di ricorso per via giurisdizionale. L'utente viene informato che la procedura seguita non preclude la possibilità di far ricorso seguendo le normali vie legali.

Un tipo di strumento utile è costituito dalla scheda per la raccolta del reclamo che può aiutare l'operatore a raccogliere e l'utente a fornire le informazioni rilevanti. Nel caso di presentazione orale (diretta o telefonica) è opportuno che l'operatore compili la scheda, risistemizzando quanto detto dall'utente e chiedendo poi la verifica di quanto scritto rileggendo la scheda compilata e facendo firmare (nel caso di presentazione diretta) la scheda. In caso di presentazione scritta bisogna far sì che si abbia una verifica del contenuto delle informazioni e dell'identità dell'utente che presenta il reclamo. In effetti, i reclami anonimi, anche se possono essere utili in quanto, una volta immessi nell'archivio dati per una elaborazione statistica, possono comunque dar luogo a interventi di miglioramento, non danno luogo ad indagine specifica e quindi a risposta all'utente.

La scheda qui riproposta ha un formato aperto per quanto riguarda la specificazione del contenuto del reclamo. Risulta in effetti sconsigliabile utilizzare domande chiuse che, anche se semplificano il compito, possono indirizzare la descrizione fornita dall'utente. E' bene quindi che l'utente si esprima liberamente.

ESEMPIO DI SCHEDA PER L'ACQUISIZIONE DI RECLAMI

Riferimenti reclamante	Cognome Nome Città – Prov. Via/Piazza/N. Tel./Cell. Altro
RECLAMO	
Danni subiti e aspettative	
Circostanze che hanno provocato l'evento	
Altre caratteristiche (si è già ripetuto?, ecc.)	
Modalità con cui si è risolto il problema	
Suggerimenti per evitare che il reclamo si ripeta	

Data..... Firma Operatore Responsabile

LA GESTIONE DEI RECLAMI PER IL MIGLIORAMENTO DEL SERVIZIO

A questo punto, viene preso in considerazione il secondo obiettivo del sistema di gestione dei reclami: partire dal punto di vista dell'utenza per orientare la Struttura al miglioramento della qualità dei servizi in generale.

Per correggere i disservizi e produrre un costante miglioramento della qualità è necessario che le segnalazioni e le osservazioni degli utenti, siano esse positive o negative, vengano sottoposte ad un costante **processo di analisi** e di discussione. In questo senso, è importante sottolineare che, mentre la cultura di accogliere e rispondere al reclamo presentato dal singolo utente è abbastanza diffusa, sono invece piuttosto rare le Strutture nelle quali l'insieme delle segnalazioni degli utenti viene analizzato in modo approfondito e sistematico, in modo che i risultati dell'analisi riescano ad incidere sui processi decisionali dei "vertici".

Vedremo quindi quali sono i passi da compiere per evitare che la risposta alla voce del singolo utente non si esaurisca in una risposta puntuale al singolo reclamo. Il sistema dei reclami dovrebbe infatti garantire che ciascun messaggio individuale, eventualmente amplificato da quello degli altri utenti, acquisti forza sufficiente per innescare processi di miglioramento generale della qualità dei servizi.

Il reclamo deve essere interpretato come motore di un cambiamento organizzativo che più che toccare il singolo operatore incriminato, tocca l'intera organizzazione: in questo quadro la causa del reclamo diventa occasione per riprogrammare il processo organizzativo in termini di qualità totale. Questa prospettiva di gestione del reclamo incontra notevoli difficoltà di realizzazione poiché l'organizzazione tende più facilmente a cercare/identificare un responsabile del disservizio piuttosto che riflettere globalmente sull'accaduto. I principali fattori di criticità sono dunque da ricercare nella paura verso il cambiamento e nella necessità di rivedere, riprogrammare ed in generale ripensare il processo organizzativo e le strategie di sviluppo di una data unità operativa/reparto/servizio, i comportamenti e le modalità relazionali. In tale prospettiva, il reclamo si trasforma non in un fine, per quanto essenziale sia la risposta risolutiva data al singolo utente che reclama un suo diritto, ma soprattutto in strumento volto all'attivazione di un percorso più ampio di miglioramento della qualità del servizio; non si cerca quindi il responsabile, ma ci si volge all'intero percorso organizzativo per riprogrammarlo in maniera più rispondente ai bisogni dell'utenza.

Analisi dei dati relativi ai reclami



La fase iniziale del processo di analisi dei reclami dovrebbe essere dedicata all'elaborazione dei dati, con il proposito di ottenere un quadro generale di riferimento; in un secondo momento, è opportuno "leggere" i risultati ottenuti nella tappa precedente e costruire su di essi dei percorsi di riflessione in grado di stabilire, nel modo più oggettivo possibile, le priorità indicate dagli utenti che hanno sporto reclami; infine, per poter definire delle priorità di intervento che abbiano reali possibilità di successo, si rende necessario valutare, per ciascun problema individuato, la capacità della Struttura di mettere in atto azioni correttive rapide ed efficaci, facendo leva sulle risorse e sulle competenze disponibili ed attivabili.

Tuttavia, l'utilizzazione dei risultati dei reclami va fatta con le dovute cautele, ponendo particolare attenzione a trarre conclusioni sulla quantità e sulla qualità: ad esempio, un numero elevato di reclami per un certo servizio non significa necessariamente che è il più critico perchè possono essere presenti condizioni favorevoli per la presentazione del reclamo (ubicazione vicino all'ufficio o operatori addetti alla ricezione,

disponibilità di moduli o cassette per la raccolta,...). Viceversa, l'assenza di reclamo non vuol dire che tutto funziona bene: l'accesso al reclamo può essere non agevole, l'utente può non essere a conoscenza di ciò che gli è dovuto.

L'analisi è basata fondamentalmente sull'osservazione della **frequenza** dei reclami, prendendo in considerazione tre variabili principali: **chi** (le caratteristiche individuali) ha sporto il reclamo, **perché** lo ha fatto (la tipologia) e **dove** si sono svolte le circostanze che lo hanno determinato (la fase dell'esperienza dell'utente).

L'analisi delle informazioni relative al profilo degli utenti che hanno sporto reclami (chi), ha la finalità di esaminare alcune delle loro caratteristiche demografiche (genere, fascia d'età, ecc.) e socioeconomiche. Ciò potrebbe consentire, ad esempio, di identificare gruppi che non reclamano o lo fanno raramente, con particolare riguardo alle fasce deboli. Un risultato di questo tipo può essere utile per orientare l'introduzione di misure correttive legate a facilitare l'accesso in termini di espressione del reclamo. I risultati dei processi analitici condotti sul chi, sul perché e sul dove forniscono un insieme di elementi che permettono di costruire un quadro generale abbastanza definito dei processi legati all'insoddisfazione "dichiarata", tipica del fenomeno del reclamo.

Sono fondamentalmente due le modalità attraverso le quali le Strutture possono introdurre azioni di miglioramento della qualità a partire dall'analisi delle segnalazioni degli utenti. La prima modalità consente di mettere in atto **misure di tipo correttivo**, atte a prevenire, in tempi brevi, la ripetizione di disservizi frequentemente riportati dall'utenza. La seconda modalità prevede la **programmazione di attività a maggior contenuto strategico**, che contribuiscano, nel medio e lungo termine, ad accrescere la soddisfazione degli utenti in relazione alla qualità dei servizi.

L'obiettivo principale delle azioni di tipo correttivo è quello di agire su situazioni "improprie" presenti in determinati servizi, allo scopo di *ripristinare le condizioni normali* di lavoro. Per fare un esempio banale, sulla base di segnalazioni ripetute di lunghi periodi di attesa ad un determinato servizio, potrà essere presa la decisione di destinare un operatore aggiuntivo, che consentirà di portare i tempi d'attesa a livelli più accettabili.

Le azioni di tipo correttivo devono essere programmate a partire dall'osservazione della frequenza dei reclami nelle varie tipologie e dalla conoscenza dei servizi più frequentemente oggetto delle segnalazioni degli utenti. E' soprattutto l'incrocio tra queste due variabili - il tipo di reclamo ed il luogo nel quale esso avviene (perché e dove) - ad offrire indicazioni operative per identificare le priorità di intervento. Ad esempio, l'osservazione di un'elevata frequenza di reclami di tipo relazionale, associata alla conoscenza delle unità operative più frequentemente segnalate dagli utenti per questo tipo di reclamo, permette di programmare azioni specifiche di sensibilizzazione e formazione rivolta agli operatori delle unità coinvolte.

Ogni nostra Struttura Associativa deve tenere conto dei reclami pervenuti, integrandoli con le risultanze delle analisi di "soddisfazione dell'utente", per la elaborazione dei piani di miglioramento progressivo degli Standard di qualità

"CUSTOMER SATISFACTION"

Le indagini per conoscere la soddisfazione dell'utenza (customer satisfaction) sono indispensabili se si vuole conoscere con attendibilità il grado di soddisfazione dell'utenza. Il servizio erogato deve essere percepito in linea con le **attese** dell'utente. Il centro dell'attenzione si sposta, quindi, su quanto il fruitore si aspetta di ricevere dal fornitore di servizio.

E' indispensabile rilevare mediante indagini, a fronte della Qualità Erogata, sia la Qualità Percepita che la Qualità Attesa.

E' stato dimostrato che per conoscere il reale grado di soddisfazione dell'utente è fondamentale non limitarsi a valutare la percezione del "livello di servizio ricevuto", ma occorre confrontare questa percezione con il "livello di servizio desiderato": la misura di questo divario (gap) indica il vero grado di soddisfazione dell'utente.

Ulteriori ricerche hanno messo in evidenza l'esistenza non di una sola ma di una serie intera di aspettative contenute in una fascia di "tolleranza" delimitata da due livelli, uno superiore ed uno inferiore, che rappresentano i livelli del servizio atteso dagli utenti: un livello *desiderato* ed uno *accettabile* (adeguato). Il livello del servizio desiderato riflette il servizio che l'utente spera di ricevere; il livello di servizio accettabile riflette, invece, ciò che l'utente giudica sufficiente per soddisfare le sue aspettative. L'intervallo esistente tra il livello desiderato ed il livello accettabile rappresenta la zona di "tolleranza" entro la quale l'utente considera il servizio erogato comunque accettabile: ovvero, questa zona è costituita da una gamma di prestazioni del servizio considerato soddisfacente a diversi livelli.



LO STRUMENTO DEL QUESTIONARIO

I questionari rappresentano uno strumento quantitativo per rilevare le percezioni e i livelli di soddisfazione degli utenti che hanno fruito di un servizio, in modo economico, veloce e anonimo. Chiedendo direttamente agli utenti di rileggere la propria esperienza personale rispondendo alle domande preposte è possibile misurare il loro livello di soddisfazione in relazione ai servizi fruiti, evidenziare i "punti di forza" dei singoli servizi e far emergere le possibili aree di miglioramento.

Nel quotidiano ogni persona, con la sua storia e con la sua attualità assolutamente individuali, interagisce con la storia e l'attualità assolutamente peculiari del microcosmo e della società in cui vive: da questa interazione deriva la "soddisfazione soggettiva" che si intende rilevare con i questionari e che richiede da parte nostra la condivisione del seguente principio: "ciò che è soggettivo non è meno reale di ciò che è oggettivo e merita pertanto la stessa attenzione e la stessa considerazione". La "soddisfazione soggettiva" può essere definita come la risultante di un processo cognitivo che mette a confronto il reale con l'ideale; più precisamente, la distanza tra la realtà e le aspirazioni è inversamente proporzionale al livello di soddisfazione: in tal senso, la perfetta corrispondenza tra realtà e aspirazioni corrisponde a una soddisfazione assoluta.

I questionari possono essere costituiti da:

- domande cosiddette "chiuse" dove all'utente intervistato viene richiesto di individuare tra le risposte presentate quella che più si avvicina alla propria posizione
- domande cosiddette "aperte" che non prevedono delle risposte predeterminate, alle quali il soggetto può rispondere riportando e valutando la propria esperienza.

Le domande di un questionario sono poste nello stesso ordine e con gli stessi termini a tutti i soggetti, raccogliendo così in modo uniforme le informazioni sui temi oggetto di indagine e di confrontare le risposte tra loro.

Vantaggi dei questionari a domande "chiuse"

Semplicità: le domande sono semplici da somministrare e le risposte sono facili da registrare (è sufficiente segnare la risposta scelta).

Economicità: il questionario standardizzato può essere somministrato contemporaneamente ad un alto numero di individui, permettendo un risparmio di tempo e risorse rispetto allo strumento dell'intervista "aperta".

Velocità di elaborazione dei dati: le informazioni raccolte possono essere elaborate e presentate velocemente.

Limiti dei questionari a domande "chiuse"

Rigidità: il rispondente può voler dare una risposta che, non essendo compresa tra quelle proposte, viene persa o distorta.

Poca "sensibilità": il questionario autosomministrato non è in grado di rilevare le percezioni di alcune categorie di persone: analfabeti, persone con poca dimestichezza della lingua italiana (anziani, stranieri, ecc.).

Effetti della strutturazione delle domande: il rispondente può irritarsi per il fatto di non poter esprimere liberamente le proprie convinzioni. Ciò comporta inoltre una semplificazione della soggettività dell'esperienza del singolo.

Nei questionari a "domande chiuse", i formati più utilizzati sono: domande a scelta multipla e domande a risposta graduata.

Domande a scelta multipla: nel rispondere a domande a scelta multipla (o con lista di preferenze) il rispondente compie una scelta da un elenco di possibili risposte.

Ad esempio: *"chi l'ha informata della possibilità di accesso alla nostra struttura?"*:

medico di medicina generale

medico specialista

consultorio familiare

libero accesso

colleggi-amici

altro

Tale formato si usa quando è possibile chiedere agli intervistati di scegliere una sola alternativa di risposta (indicare nelle istruzioni che è possibile dare una sola risposta).

Domande a risposta graduata: il rispondente compie una scelta sulla base di una scala a risposta graduata, tale che ciascun punto della scala rappresenti una diversa gradazione del concetto in esame; si chiede agli intervistati un giudizio riguardo all'oggetto di indagine.

Ad esempio: *"ritiene che siano confortevoli gli spazi di attesa nella nostra struttura?"*:

per niente

poco

abbastanza

molto

Questo formato si usa quando ai rispondenti è chiesto di indicare quella categoria verbale che più si avvicina alla propria posizione. Tali scale di risposta permettono di rilevare gradazioni più fini nelle posizioni degli intervistati, che possono modulare le loro risposte sulla scala presentata.

Vantaggi dei questionari a domande "aperte"

Qualità delle informazioni: forniscono informazioni più qualitative che quantitative. Possono emergere aspetti nuovi, non preventivamente considerati dall'intervistatore.

Originalità delle risposte: forniscono informazioni più originali. L'intervistatore ha, inoltre, la possibilità di approfondire le tematiche di interesse.

Limiti dei questionari a domande "aperte"

Somministrazione delle domande: rispondere alle domande aperte richiede maggiore impegno e tempo rispetto alle domande chiuse.

Qualità dei dati: le risposte possono mancare o possono contenere informazioni irrilevanti, vaghe o male espresse.

Elaborazione delle risposte: la codifica e l'analisi delle risposte alle domande aperte è più costosa in termini di tempo e denaro. Tali costi aumentano con la grandezza del campione.

Metodi di somministrazione dei questionari

I metodi principali per raccogliere le percezioni e il livello di soddisfazione dei fruitori di un servizio attraverso i questionari sono:

- autosomministrazione: ciascun rispondente legge le domande e poi risponde singolarmente
- somministrazione condotta da un intervistatore che pone le domande e registra le risposte

In caso di autosomministrazione, il questionario dovrà essere il più possibile semplice, di facile comprensione e compilazione e accompagnato da brevi e chiare istruzioni. Il questionario va distribuito spiegando brevemente gli obiettivi dell'indagine, motivando il rispondente e chiedendone la collaborazione per la compilazione che gli viene affidata. Il questionario compilato è raccolto in una urna apposita, che garantisce l'anonimato del rispondente, o restituito per posta.

I questionari possono essere somministrati nel momento di contatto con il servizio, quando il cittadino-utente si reca fisicamente presso una struttura. Il questionario viene consegnato personalmente al fruitore del servizio. Questa modalità permette di mettersi in contatto e di raccogliere le percezioni di un campione di persone che, usufruendo in quel momento di una data prestazione, possono riferire per esperienza diretta e immediata le loro impressioni.

Oppure, come seconda modalità, gli utenti possono ricevere il questionario per posta, accompagnato da una lettera di presentazione. Tale questionario dovrebbe essere spedito entro due settimane dalla fruizione del servizio per evitare distorsioni nel ricordo della qualità percepita. Tuttavia, a fronte di una indubbia velocità (i questionari sono inviati simultaneamente a tutti i soggetti) con un costo relativamente basso, si può verificare facilmente un basso tasso di rinvio. Infatti, la modalità di somministrazione postale andrebbe utilizzata con un campione ad alta motivazione a rispondere.

In caso di somministrazione durante intervista, un intervistatore pone le domande del questionario ad un intervistato così come sono scritte, rispettandone l'ordine e il fraseggio, e prende nota delle risposte. L'intervistatore deve mantenere lo stesso atteggiamento interpersonale con tutti gli intervistati e per tutte le domande; non deve commentare le risposte. La credibilità, la riconoscibilità dell'intervistatore così come la formazione e l'addestramento al suo ruolo possono influenzare la validità delle risposte. A fronte di vantaggi quali un alto tasso di risposta ed accuratezza nella compilazione, si presentano limiti in termini di investimento notevole di risorse, in primo luogo associate all'intervistatore, che deve essere debitamente formato, addestrato e remunerato; inoltre, la somministrazione condotta da un intervistatore può indurre effetti di desiderabilità sociale nelle risposte a causa dell'interazione tra intervistatore e rispondente.

Il questionario somministrato da un intervistatore può avere la modalità dell'intervista telefonica oppure dell'intervista faccia a faccia.

Intervista telefonica: gli utenti vengono contattati telefonicamente da un intervistatore che pone le domande e registra le risposte. L'intervista telefonica si usa solitamente quando sono disponibili i dati personali di un campione di utenti che vengono contattati telefonicamente, vengono poste loro le domande e vengono registrate le risposte. L'intervista telefonica permette di raccogliere molti dati in tempi brevi, ma occorre una notevole semplificazione nella costruzione e formulazione delle domande da sottoporre. Inoltre, tale strategia di rilevazione risulta abbastanza costosa in relazione alla formazione e al compenso economico degli intervistatori.

Intervista faccia a faccia: un intervistatore si rivolge agli utenti di una data struttura, ne attira l'attenzione, ne richiede la collaborazione e poi li coinvolge nella rilevazione. L'intervistatore pone oralmente le domande leggendole sul questionario e ne registra le risposte. Tale modalità di intervista consente di tenere alta la concentrazione e motivazione del cittadino-utente, che darà risposte franche; il tasso di risposta è solitamente alto; grazie alla presenza dell'intervistatore la compilazione del questionario risulta molto accurata e approfondita. Tuttavia, l'intervistatore deve essere riconoscibile, addestrato al ruolo e debitamente remunerato. Con questa metodologia i tempi necessari per la raccolta dati sono piuttosto lunghi, in quanto è possibile somministrare un solo questionario per volta.

- E' possibile che molti intervistati utilizzino una "scorciatoia di pensiero" e scelgano preferibilmente la risposta che occupa la stessa posizione nella scala o nelle alternative di risposta, per esempio sempre le prime risposte presentate o le ultime, senza considerare il contenuto della domanda, dando luogo ai cosiddetti "response effect". Se si teme uno di questi effetti, può essere utile introdurre nella batteria alcune domande di controllo a polarità invertita, che controllino la sincerità delle risposte.
- Solitamente si tende ad utilizzare scale di risposta che abbiano un numero pari di punti, e ad escludere il punto intermedio con etichetta "moderatamente adeguato" o "così così", forzando gli intervistati a prendere una posizione ed evitare che sia alto il numero di intervistati che non esprimono una posizione netta circa l'oggetto dell'indagine. E' consigliabile non introdurre tra le categorie di risposta il punto "non so".
- Il questionario deve essere modellato sulla base delle caratteristiche socio-anagrafiche degli utenti (aspetti rilevanti possono essere l'età, il sesso, il tasso di scolarizzazione, il tipo di professione, la dimestichezza con la lingua italiana scritta e parlata, l'appartenenza geografica, l'etnia, la religione professata).
- Garantire l'anonimato agli intervistati è importante per la veridicità delle risposte. Quando gli intervistati temono di essere identificati, come nel caso in cui si richiedano alcuni dati anagrafici, è possibile garantire il cosiddetto "segreto statistico", in altre parole dichiarare che le informazioni raccolte saranno rese note solo sotto forma di dati globali, anonimi, non collegabili alle singole persone.
- Nella formulazione delle domande da inserire in un questionario è importante considerare che ogni domanda dovrebbe avere 3 caratteristiche:
 - essere focalizzata su un singolo argomento, poiché domande che coprono due temi possono essere confuse per rispondenti che possono rispondere ad uno e non all'altro tema considerato.
 - essere breve, poiché una domanda lunga è meno focalizzata di una più breve.
 - essere chiara; ogni domanda dovrebbe essere costruita utilizzando il linguaggio del rispondente e dovrebbe essere comprensibile ad ogni intervistato.
- Generalmente, si ritiene accettabile un questionario che non contiene più di 20 domande e che richiede un tempo di 10-20 minuti per la sua compilazione.

Le domande da evitare

Le domande doppie: solitamente è buona regola non includere due o più idee in una domanda. Ad esempio: *"Come giudica la quantità e qualità del vitto servito nella nostra struttura?"* per niente adeguato poco adeguato abbastanza adeguato eccellente

Le domande ambigue: l'ambiguità delle domande può nascere dall'uso di termini imprecisi.

Le domande pilotanti (leading questions): questo tipo di domande rende più attraente per l'intervistato una risposta anziché un'altra, poiché la formulazione risulta indirizzata

verso un certo tipo di risposta. Ad esempio: “Lei non fuma, vero?”; oppure: “Le piacerebbe che gli ospedali pubblici avessero più personale e attrezzature più efficienti?”

Le domande caricate emotivamente (loaded questions): le risposte degli intervistati possono essere influenzate anche dall'uso di termini che hanno una forte connotazione emotiva, o che richiamano concetti ai quali sono associati sentimenti di attrazione o di repulsione. Ad esempio: “Lei è favorevole o contrario ad investire maggiormente nella ricerca scientifica sul cancro?” favorevole contrario

Le domande imbarazzanti: può succedere di porre domande che possono risultare imbarazzanti per qualcuno o che possono infrangere la privacy delle persone. Ad esempio domande su ricovero per malattie infettive.

La valutazione di qualità/gradimento in una Struttura a marchio ANFFAS può essere riferita essenzialmente ai seguenti *fattori* generali:

- o le informazioni ricevute;
- o l'accoglienza, il rispetto, la cortesia, le attenzioni ricevute e le relazioni interpersonali in genere;
- o il rispetto della sequenza e della puntualità nell'attuazione dei programmi previsti;
- o la possibilità dell'utente/familiare di sentirsi parte attiva nel percorso terapeutico-riabilitativo;
- o le prestazioni alberghiere;
- o l'aiuto/sostegno ricevuto;
- o la riservatezza nelle comunicazioni e nell'uso delle notizie.

Il questionario può concludersi con una parte di libera espressione di osservazioni, critiche, suggerimenti.

In ogni caso, per arrivare a formulare domande specifiche in un dato questionario, sono sempre necessarie delle pre-indagini di tipo qualitativo (in particolar modo, incontri di “focus-group” trattati nell'Appendice B).

ESEMPIO DI “QUESTIONARIO DI SODDISFAZIONE DELL'UTENTE”

UTENTE:				DATA:		
	RISPOSTE					NOTE
ARGOMENTO	1	2	3	4	5	(integrare le risposte)
1. Professionalità degli Operatori						
2. Disponibilità e cortesia degli Operatori						
3. Cure e attenzioni ricevute						
4. Chiarezza delle spiegazioni						
5. Stato dei locali e dei servizi						
6. Arredo						
7. Attrezzature						
8. Pulizia dei locali						
9. Qualità dei cibi						
10. Partecipazione e coinvolgimento						

1: scarso; 2: mediocre; 3: sufficiente; 4: buono; 5: ottimo.

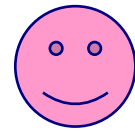
(La valutazione della soddisfazione dell'utente è considerata positiva per un valore superiore a 40)

ANFFAS è impegnata anche per "**dare voce**" direttamente alle persone con disabilità intellettiva e relazionale, tramite questionari che sappiano rilevare il loro **reale** livello di soddisfazione soggettiva sugli ambiti peculiari della quotidianità, adattando e personalizzando gli item di regola maggiormente usati nei classici questionari sulla "qualità della vita".

Nella scelta della scala di misurazione potrà essere adottata una linea di dieci centimetri presentata orizzontalmente e con gli estremi definiti con chiarezza da un viso triste a sinistra ("totalmente insoddisfatto") e da un viso sorridente a destra ("totalmente soddisfatto"): alla persona con disabilità intellettiva e relazionale verrà chiesto di tracciare un piccolo segmento perpendicolare a quello compreso tra i due estremi (una tacca) per indicare il grado di soddisfazione riferito all'ambito che si vuole indagare: il somministratore, operatore altamente qualificato e formato, ogni volta misurerà in millimetri la distanza tra il punto estremo a sinistra rappresentato dal viso triste e il punto contrassegnato.



Totalmente Insoddisfatto



Totalmente Soddisfatto

Nella costruzione occorrerà includere tutti gli aspetti della vita quotidiana della persona con disabilità intellettiva e relazionale e considerare la relativa effettiva importanza, nell'intento di evitare parcellizzazioni o alterazioni destinate a fornire un prodotto astratto e slegato dalla realtà: la rilevazione della soddisfazione potrà riguardare, ad esempio, la qualità dell'alimentazione, cioè dei cibi consumati negli ultimi tempi, e il comportamento alimentare, cioè il comportamento nei confronti del cibo e dell'alimentazione, il benessere fisico e la mobilità fisica, intesa come possibilità di spostarsi con qualunque mezzo, il tipo di attività occupative svolte, quantità e qualità del tempo libero e relative attività, rapporto con i familiari, con gli operatori, con gli amici e con i compagni; tali aspetti potranno essere raggruppati secondo i fattori della "funzionalità fisica" (benessere fisico e mobilità fisica), delle "attività occupative e tempo libero" (tipo di attività e rendimento, quantità e qualità del tempo libero), della "alimentazione" (qualità dell'alimentazione e comportamento alimentare) e della "funzionalità sociale" (rapporto con i familiari, con gli operatori, con gli amici e compagni).

Estrema cura andrà prestata alla formulazione della consegna che accompagna gli item e la maggior parte di loro andrà sicuramente esplicitata con linguaggio chiaro e comprensibile, fornendo anche nel corso della compilazione ulteriori spiegazioni che possono essere utili e ricorrendo eventualmente ad alcuni esempi "concreti". Andrà puntualmente accertata ogni difficoltà - non solo cognitiva ma anche, ad esempio, visiva - che possa rendere difficile o frustrante la compilazione, "assistendo" la persona passo passo quando necessario ma evitando con cura ogni minimo condizionamento o interferenza.

Pertanto, sembra quasi ovvio concludere che il personale addetto alla somministrazione dovrà essere assolutamente qualificato ed esperto al fine di agevolare la comprensione degli item, il significato stesso dell'assessment e contenere quindi il rischio di risultati non attendibili. Inoltre, andrà considerato il ruolo "complementare" di ogni questionario: le informazioni ricavate da uno o più questionari andranno comunque completate con quelle ricavate da altri approcci (ad esempio, tramite i colloqui o le osservazioni).

Infine, prima della somministrazione, bisognerà ogni volta assicurarsi che la persona in questione sia motivata e psicologicamente pronta e disponibile alla compilazione: il momento in cui proporre il questionario andrà scelto con cura sulla base dei "suoi" tempi e bisogni, al fine di agevolare l'autoapertura e un indispensabile rapporto basato sulla fiducia.

.....

RIFERIMENTI LEGISLATIVI sulla "Carta dei Servizi"



- Legge 7 agosto 1990, n. 241
"Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi"
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502
"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 gennaio 1994
"Principi sull'erogazione dei servizi pubblici"
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 ottobre 1994
"Direttiva sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico"
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995
"Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari"
- Decreto Ministero della Sanità 24 luglio 1995
"Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio sanitario nazionale"
- Linee-Guida Ministero della Sanità n. 2/95 – G.U. 31 agosto 1995
"Attuazione della carta dei servizi nel Servizio sanitario nazionale"
- Decreto Ministero della Sanità 15 ottobre 1996
"Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l'andamento delle attività di prevenzione delle malattie"
- Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997
"Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private"
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229
"Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- Legge 8 novembre 2000, n. 328
"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001
"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 30 marzo 2001
"Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona previsti dall'art. 5 della Legge 8 novembre 2000, n. 328"
- Decreto del Presidente della Repubblica 3 maggio 2001
"Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001-2003"
- D. M. 21 maggio 2001, n. 308, regolamento concernente:
"Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della Legge 8 novembre 2000, n. 328"
- D. Lgs. n. 626/1994
- D. M. Interno n. 85/29101 del 05.08.2002
- D. Lgs. n. 155/1997 - Igiene degli Alimenti
- D. Lgs. n. 196/2003: "Tutela della Privacy"
- L. 06/2004 sull'Amministratore di Sostegno

Per approfondire il tema dei questionari di soddisfazione:

- Ranci Ortigosa, E. (2000) *La valutazione di qualità nei servizi sanitari*. Milano, Franco Angeli
- Zammuner, V.L. (1996) *Interviste e questionari*. Roma, Borla Edizioni
- Zammuner, V.L. (1998) *Tecniche dell'intervista e del questionario*. Bologna, Il Mulino
- Ware e Sherbourne (1992) *MOS 36*
- Majani G. e Callegari S. (1998) *SAT - P (Satisfaction Profile)*. Edizioni Erickson.

APPENDICE A

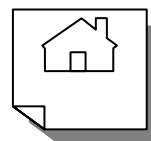


fac simile per la compilazione

SEZIONE DUE INFORMAZIONI SULLE STRUTTURE E SULLE ATTIVITA'



La Struttura Associativa



eroga:

- o **servizi semiresidenziali** socio-riabilitativi dal, in regime di accreditamento ai sensi della Delibera Giunta Regione n. del, in recepimento del Decreto Legislativo n. del e successive modifiche ed integrazioni;
- o **servizi residenziali** socio-assistenziali dal, dapprima in forma strettamente privata, ora in convenzione con il del Comune di

I servizi semiresidenziali socio-riabilitativi vengono erogati presso il Centro Diurno denominato "....." situato in Via n., nei pressi di

Vi si arriva con le seguenti linee del servizio-autobus urbano:



.....

I numeri telefonici sono: (anche fax)
e-mail:

I DESTINATARI DIRETTI DEL CENTRO DIURNO

I “destinatari diretti” dei servizi semiresidenziali sono persone con ritardo mentale, in genere di grado medio-grave, di età giovane ed adulta, persone per le quali si ritiene non si siano esperite tutte le diverse possibilità di tipo educativo ed abilitativo-funzionale.

La popolazione di utenti del Centro "....." (in totale n. assistiti al 2004) è prevalentemente caratterizzata da:

- o difficoltà e limitazione di vario grado nelle autonomie di base, relativamente alla cura della propria persona (lavarsi ed asciugarsi – badare a singole parti del corpo – bisogni fisiologici – mangiare e bere – vestirsi e svestirsi – prendersi cura della propria salute) e allo svolgimento di compiti semplici e/o complessi della vita quotidiana in genere (iniziare un compito – organizzare il tempo e i materiali – affrontare le distrazioni - eseguire al ritmo adeguato – completare un compito – svolgere un compito da solo o in gruppo – sostenere lo sforzo fisico e mentale richiesto);
- o difficoltà e limitazione di vario grado nelle attività interpersonali semplici e/o complesse (rispetto – cordialità – tolleranza nelle relazioni – contatto fisico adeguato – regolazione delle emozioni ed impulsi nelle interazioni anche in riferimento all'aggressione verbale e/o fisica);
- o difficoltà e limitazione di vario grado nei processi basilari dell'apprendimento (guardare intenzionalmente - ascoltare - osservare – prestare attenzione – copiare – imitare – ripassare – acquisizione di abilità – problem solving);
- o difficoltà e limitazione di vario grado nelle attività motorie (mantenere e cambiare una posizione corporea – trasportare, spostare e manipolare oggetti – camminare – salire – ecc.);
- o difficoltà e limitazione di vario grado nelle attività di comunicazione (comprensione di messaggi verbali e non – comprensione di messaggi scritti – produzione di messaggi verbali e non – produzione di messaggi scritti – attività di conversazione);
- o problematicità psicopatologiche (appropriatezza dell'emozione – tensione – ansietà – labilità – appiattimento – controllo del pensiero – incoerenza del pensiero – tangenzialità – manie – ossessioni – compulsioni).



ORARIO GIORNALIERO E CALENDARIO DI APERTURA

Il Centro "....." è attivo dal lunedì al sabato (dal lunedì al venerdì: ore –; il sabato: ore – ore).

Durante il periodo di chiusura estiva (tradizionalmente, nel mese di agosto) è garantito agli utenti in carico un soggiorno climatico a regime residenziale della durata di giorni, generalmente in strutture alberghiere marine, collinari o montane.

TRASPORTI

Il servizio trasporti è dato in appalto alla Cooperativa di Trasporti "....."; ogni assistito viene prelevato sotto la propria dimora, ad un dato orario convenuto, e viene trasportato al Centro di Riabilitazione di appartenenza viaggiando in pulmini provvisti

mediamente di n. 9 posti, con il supporto dell'assistente e seguendo un percorso il più possibile diretto.

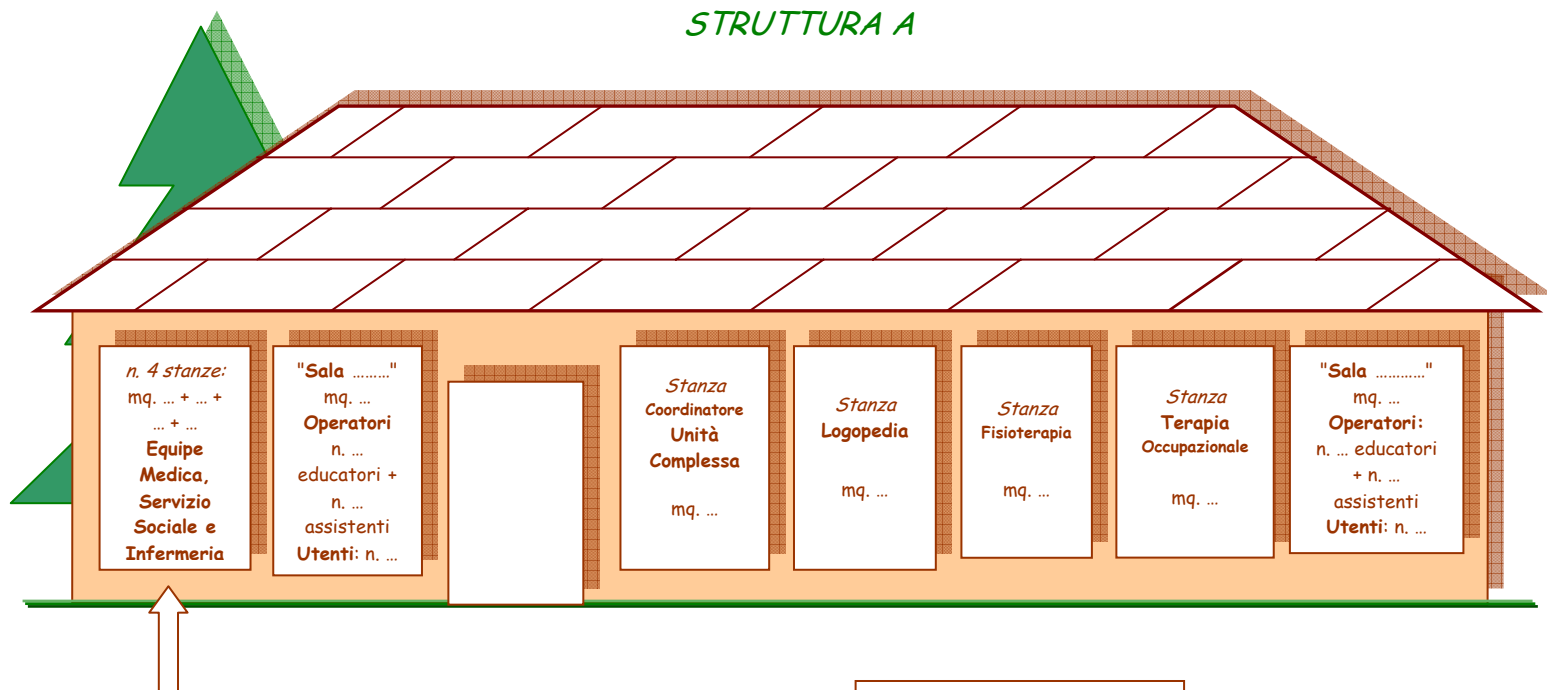
RISORSE STRUTTURALI DEL CENTRO DIURNO

Il Centro Diurno "....." si articola nel seguente modo:

- o n. 2 strutture (A e B), ciascuna di circa 250 mq., situati a piano terra, provviste di regolamentari rampe di accesso e destinate alle varie Attività Educative, Occupative, Assistenziali e Riabilitative, all'Equipe Medica e al Servizio Sociale;
- o n. 1 struttura (C), situata a piano terra, destinata alla Palestra e ad attività intrattenitive;
- o n. 1 struttura (D), situata a piano terra, per l'Ufficio Amministrativo;
- o locali per Cucina, Dispense e Refettorio, al piano terra della struttura (E), i cui due piani superiori sono destinati alle Comunità Residenziali.

Più dettagliatamente, le sale all'interno delle strutture **A**, **B**, **C** e **D** sono così caratterizzate:

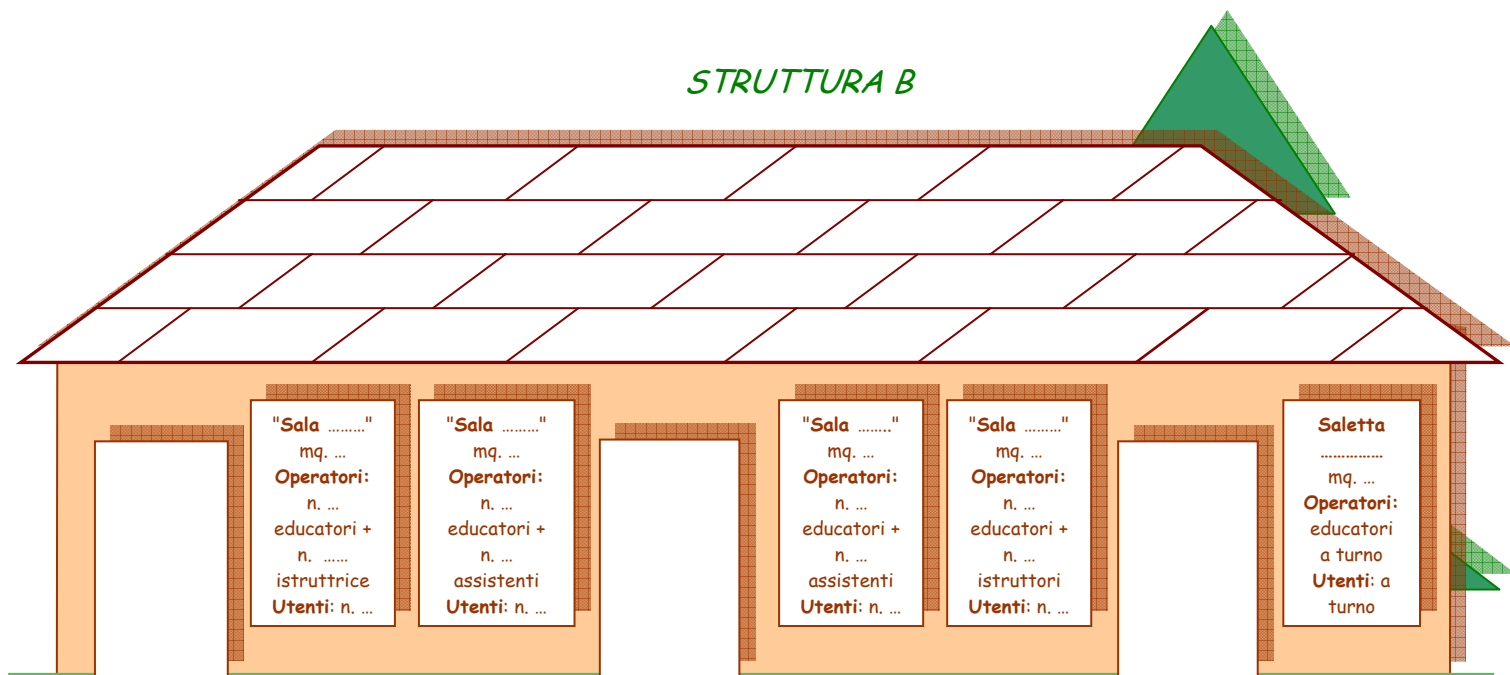
STRUTTURA A



Direttore Sanitario
(Specialista)
Psicologo
Neurologo
Patologo Clinico
Foniatra
Infermiere Professionale

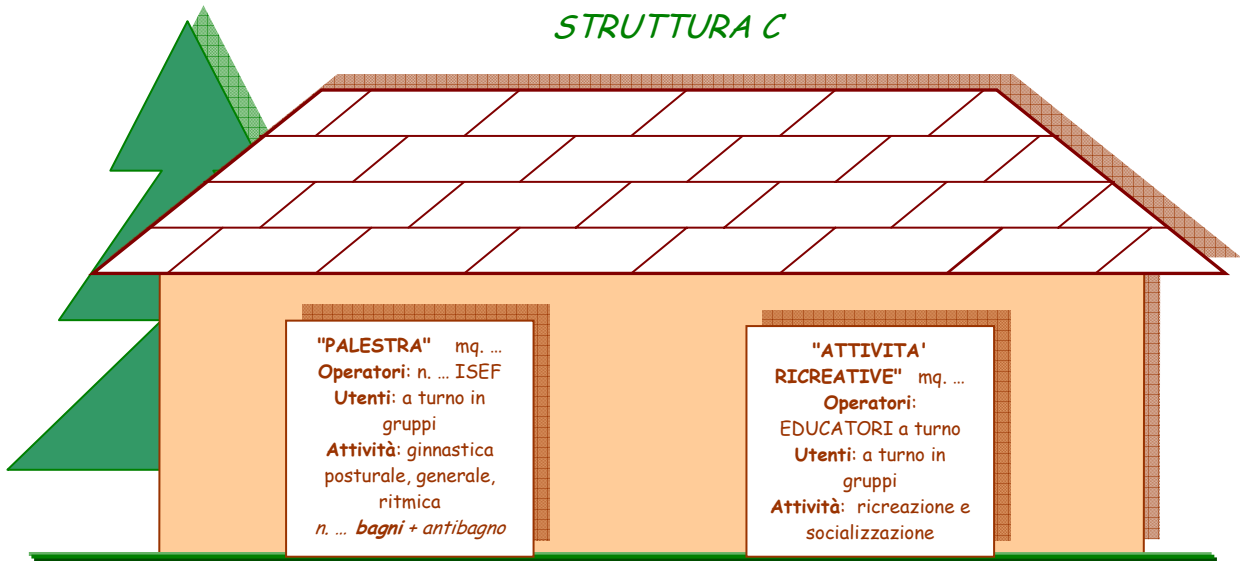
n. ... **bagni** di cui:
n. ... "H"
n. ... per il personale

STRUTTURA B

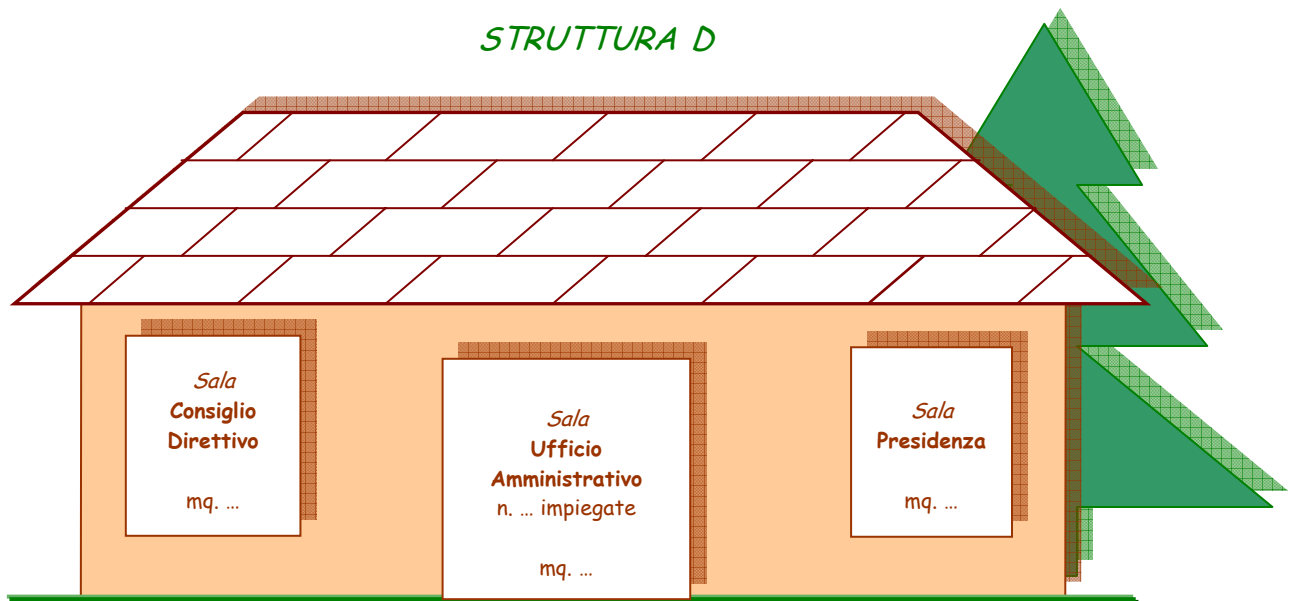


n. ... **bagni** di cui:
n. ... "H"
n. ... per il personale

STRUTTURA C

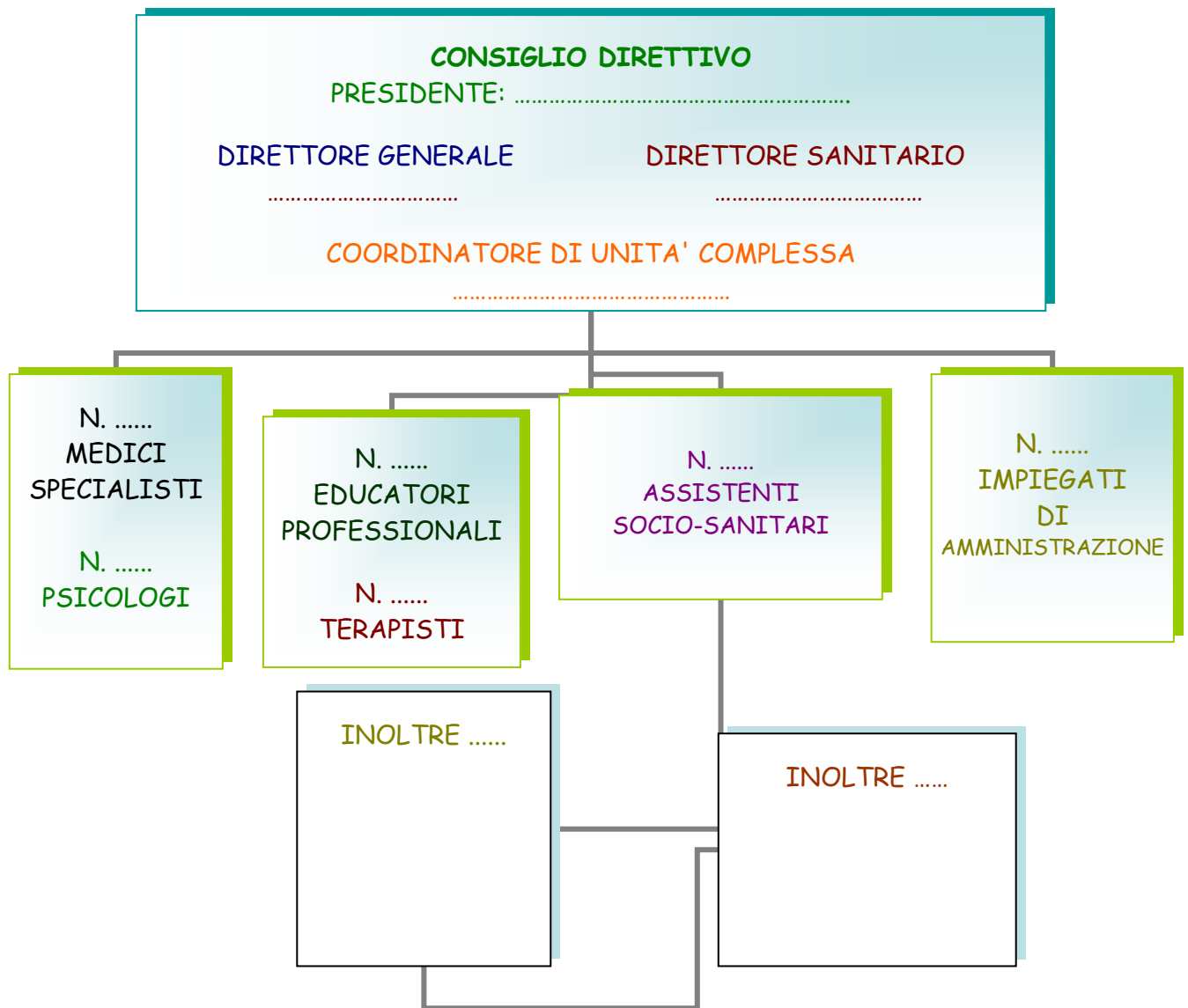


STRUTTURA D



n. ... *bagni e antibagno*

RISORSE GESTIONALI CENTRO DIURNO "....."



(PROFILI E QUALIFICHE AI SENSI DEL CCNL ANFFAS ONLUS E NEL RISPETTO DELLA PRIVACY AI SENSI DEL D. LGS. 196/2003)



APPENDICE B

- o indicatori quantitativi e qualitativi
- o Il processo di gestione degli standard

STANDARD BASATI SU INDICATORI QUANTITATIVI

In generale, con riferimento ai fattori di qualità indicati negli “alberi della qualità”, è opportuno tenere presente che:

- a) non tutti i fattori si prestano allo stesso modo a essere tradotti in indicatori quantitativi: sono soprattutto i fattori legati alla “tempestività” a essere traducibili in indicatori quantitativi “oggettivi” (esempio: i tempi di attesa);
- b) su alcuni fattori (quelli più intangibili), il modo più diffuso per trovare indicatori quantitativi rilevanti per l’utenza è ricorrere a indicatori basati sulla rilevazione della soddisfazione, quindi a indicatori pur sempre “soggettivi”, la cui rilevazione richiede l’uso di opportune tecniche statistiche di campionamento e di precise modalità di intervista o di somministrazione del questionario.
- c) laddove non sia possibile individuare indicatori quantitativi, gli standard possono essere espressi in forma qualitativa attraverso “impegni” e “programmi”.

Un buon indicatore quantitativo da utilizzare per gli standard nella Carta dei Servizi dovrebbe essere:

- significativo: cioè affrontare temi rilevanti anche per l’utenza;
- valido: cioè essere accurato, preciso;
- rilevabile: cioè avere i dati senza eccessivi costi di raccolta;
- sensibile: cioè registrare i miglioramenti e i peggioramenti.

Significatività

Gli indicatori dovrebbero rappresentare fenomeni importanti sia per l’utenza che per la struttura erogatrice.

Validità

Un indicatore è valido se esprime esattamente e soltanto il fenomeno che si intende registrare. Per questo è necessario innanzitutto che l’indicatore garantisca la confrontabilità di risultati nel tempo e, si auspica, fra diverse strutture erogatrici di servizi che adottano lo stesso indicatore. E’ necessario a questo scopo che le regole con cui sono costruiti gli indicatori siano chiare e condivise.

Rilevabilità

I dati richiesti per costruire gli indicatori non sono sempre facilmente reperibili. Nel definire un indicatore, è necessario tenere presente come è possibile rilevare i dati. Se rilevare i dati è troppo difficile, anche quello che sul piano teorico è un buon indicatore si rivela alla prova pratica un fallimento. Per la rilevazione dei dati possono essere utilizzati registri cartacei o sistemi informatici. E’ opportuno considerare sempre il contributo che il personale interno può dare in tal senso; le esperienze insegnano che la rilevazione dei dati, anche se un po’ onerosa, può diventare un’occasione di coinvolgimento e di motivazione a partecipare alle iniziative di miglioramento collegate alla Carta dei Servizi, se il contributo del personale non è limitato alla semplice raccolta dei dati ma si estende alla loro elaborazione e interpretazione.

Sensibilità

Un indicatore è sensibile se è in grado di registrare i mutamenti (in meglio o in peggio) del fenomeno osservato. Senza entrare nei dettagli tecnici, è opportuno ricordare che gli indicatori di struttura sono sensibili solo su tempi lunghi (corrispondenti alla realizzazione di programmi di rinnovamento delle strutture fisiche), mentre gli indicatori di funzionamento sono sensibili anche nel breve periodo.

Come fissare gli standard basati su indicatori quantitativi

Una volta individuato un indicatore significativo, valido, rilevabile e sensibile, si tratta di tradurlo in standard. Come già accennato, gli standard dei tempi di attesa - e più in generale gli standard basati su indicatori quantitativi - possono essere di due tipi:

standard medi, che indicano il livello medio atteso per un certo indicatore, e che si riferiscono al complesso delle prestazioni rese, e non alla singola prestazione (questi standard sono anche denominati standard generali); es: *tempo medio di attesa da parte di una famiglia per accedere alle informazioni del servizio "SAI?"* = 7 gg;

standard minimi, che fanno riferimento a una soglia minima (o massima) che deve essere comunque rispettata in ogni singola prestazione. Sono anche detti standard *specifici*, perché ogni utente può verificarne direttamente il rispetto; *tempo massimo di attesa da parte di una famiglia per accedere alle informazioni del servizio "SAI?"* = 10 gg.

I due tipi di standard hanno quindi caratteristiche diverse:

a) gli *standard basati su valori medi* (standard "generali") indicano un riferimento che non è valido per ciascun utente singolarmente, ma solo per la collettività nel suo insieme. Come per tutti i valori medi, ci saranno casi al di sotto e casi al sopra della media. Se il tempo di attesa medio per accedere al servizio "SAI?" è di 7 giorni, è possibile che nel corso di un anno ci siano appuntamenti ottenuti in 3 giorni e altri in 15. Se lo standard è medio, il singolo utente non ha possibilità di reclamare sul proprio caso personale. Lo standard medio è quindi un utile strumento di valutazione complessiva del servizio, ma può essere fuorviante quando il margine di variabilità tra minimo e massimo sia molto esteso, nel qual caso può essere percepito dall'utente come "una presa in giro".

b) gli *standard basati su soglie minime (o massime)* indicano un riferimento valido per ogni singolo utente. Utilizzando questi standard, l'impegno della struttura erogatrice è maggiore, perché non è possibile mediare tra casi distinti: bisogna che ogni caso rispetti lo standard. Gli standard basati su soglie minime (o massime) sono quelli rispetto a cui l'utente può reclamare direttamente.

Nella filosofia della Carta dei Servizi gli standard basati su soglie minime (o massime) esprimono più compiutamente degli standard medi il concetto basilare di "patto con l'utenza". Tuttavia, gli standard basati su soglie minime (o massime) richiedono un impegno maggiore, e dovrebbero essere impiegati con gradualità e attenzione.

In particolare, gli standard basati su soglie minime (o massime) richiedono una buona conoscenza e misurazione del processo. Inoltre, un rischio che può verificarsi nella definizione degli standard massimi è la scelta, da parte di qualche servizio, di standard di tipo *cautelativo*, ovvero ad esempio di tempi di attesa dichiarati più alti degli effettivi usuali, per evitare possibili reclami.

Appare evidente che si deve porre attenzione a evitare simili atteggiamenti che sono in contrasto con lo spirito della Carta dei Servizi. E' necessario quindi che i responsabili dell'attuazione e monitoraggio della Carta verifichino in modo puntuale la definizione degli standard, la loro correlazione con la realtà operativa, i possibili problemi. Si suggerisce pertanto di adottare inizialmente standard basati su riferimenti medi, avviare le misurazioni necessarie per verificare anche i "casi limite", e pervenire agli standard basati su soglie massime solo quando si è raggiunto un buon livello di conoscenza della distribuzione complessiva dei valori dell'indicatore. In merito, un modo per misurare la distribuzione dei valori dell'indicatore è quello di considerare la percentuale di casi che stanno sotto (o sopra) alcune soglie.

Per es. se lo standard fosse

tempo medio di attesa per il servizio "SAI?" = 7 gg.

la misurazione del processo potrebbe portare alle seguenti percentuali di distribuzione:

% di casi con tempo di attesa < 7 gg = 60%

% di casi con tempo di attesa < 10 gg = 80%

% di casi con tempo di attesa < 15 gg = 95%

% di casi con tempo di attesa > 15 gg = 5%



In un caso del genere, bisognerebbe concentrare l'attenzione sul 5% di casi con tempo di attesa superiore ai 15 gg, individuando le cause che hanno portato a tempi così lunghi e rimuovendole con opportune azioni correttive.

Una volta attuati questi interventi, la struttura erogatrice potrebbe assumere l'impegno di fissare lo standard *"tempo massimo di attesa = 15 gg"*, passando così a un livello più impegnativo per la struttura ma anche di maggior garanzia per ciascun utente.

Fac-simile di scheda per standard basati su indicatori quantitativi

La costruzione degli standard basati su indicatori quantitativi non è un processo facile: si propone una scheda che potrebbe essere utilizzata per definire indicatori e standard e in cui viene messo in evidenza quanto segue:

- denominazione/definizione dello standard;
- a cosa serve lo standard (la *finalità* di utilizzo);
- che cosa viene misurato attraverso lo standard (la definizione dei *dati* da rilevare);
- come viene effettuata la misurazione (gli *strumenti* di rilevazione);
- alcuni suggerimenti di *priorità*;
- alcuni *fattori esterni* critici per la fissazione degli standard.

DENOMINAZIONE

Utilizzare una denominazione precisa e non troppo lunga.

A COSA SERVE (LA FINALITÀ)

Indicare la finalità per cui è utile adottare lo standard basato su un dato indicatore,, sia dal punto di vista dell'utente (es. eliminazione di dubbi e incertezza sui tempi di attesa), sia dal punto di vista della struttura erogatrice.

COSA MISURARE (L'OGGETTO)

Indicare il campo di applicazione dello standard (che cosa viene misurato e che cosa no, indicando i casi particolari) e le regole per assicurare omogeneità alle misurazioni. Indicare anche le unità di misura e le eventuali operazioni matematiche necessarie (non troppo complesse).

COME MISURARE (GLI STRUMENTI)

Indicare da quali basi informative si possono rilevare i dati, la frequenza suggerita di rilevazione e altre modalità per rendere più efficace il controllo.

DA DOVE PARTIRE (LE PRIORITÀ)

Se possibile, indicare in questo spazio alcuni suggerimenti per chi deve partire da zero: su quali aspetti concentrarsi (per tipo di utente, di prestazione, di patologia, eccetera) per rendere fattibile la misurazione, anche se parziale.

A COSA STARE ATTENTI NEL FISSARE GLI STANDARD (I FATTORI ESTERNI)

Indicare i fattori esterni principali, indipendenti dal controllo della struttura, che possono rendere oggettivamente non raggiungibile l'obiettivo indicato dallo standard. Tenere presenti questi fattori nel fissare gli standard e nel decidere se si tratta di standard generale (es. tempo medio di attesa) o specifico (es. tempo massimo di attesa)

ESEMPIO DI STANDARD DI QUALITA' BASATI SU INDICATORI QUANTITATIVI

DENOMINAZIONE

Tempo massimo di attesa per accedere al servizio "SAI?" = gg. ...

A COSA SERVE (LA FINALITA')

Permette alla famiglia di programmare l'uso del tempo e rassicura in quanto garantisce un tempo certo entro cui sarà effettuato il colloquio. Può consentire alla famiglia una scelta ragionata della struttura presso cui servirsi, anche in relazione all'urgenza o alla comodità di accesso.

COSA MISURARE (L'OGGETTO)

L'indicatore è dato dal numero di giorni che intercorrono dalla data della prenotazione alla data di effettuazione del colloquio. E' opportuno stabilire standard specifici almeno per ogni diversa specialità di consulenza.

COME MISURARE (GLI STRUMENTI)

Rilevare la data di prenotazione dai registri di prenotazione e confrontarla con la data di reale effettuazione del colloquio.

DA DOVE PARTIRE (LE PRIORITA')

E' opportuno concentrare l'attenzione sul tipo di consulenza che presenta le liste di attesa più lunghe.

A COSA STARE ATTENTI NEL FISSARE GLI STANDARD (I FATTORI ESTERNI)

Alle preferenze della famiglia per uno specifico consulente; alla mancata effettuazione della prestazione per assenza non comunicata della famiglia; alla gestione di un adeguato sistema di sostituzione del consulente in caso di assenza.



ALTRI STANDARD: IMPEGNI E PROGRAMMI

Gli standard della nostra Carta dei Servizi *non* dovranno certo interessare *solo* i **tempi di attesa**; per la qualità sono rilevanti anche - e soprattutto - le altre componenti del servizio, tra cui, come precedentemente evidenziato:

- le relazioni interpersonali tra operatori e utenti;
- l'umanizzazione e la personalizzazione;
- il comfort alberghiero e la sicurezza;
- l'accoglienza;
- l'informazione;
- la semplificazione delle procedure.

Su fattori di qualità di questa natura può risultare più complesso individuare indicatori quantitativi su cui esprimere lo standard secondo i requisiti sopra indicati. E' possibile esprimere gli standard della Carta dei Servizi anche attraverso formulazioni non quantitative, se vengono rispettate certe condizioni di non genericità e di verificabilità. Vengono dunque indicati alcuni criteri per costruire validi standard anche in forma qualitativa.

Gli strumenti che rendono possibile tradurre in standard anche fattori di qualità più intangibili e più difficilmente misurabili, come quelli sopra elencati, sono gli *impegni* e i *programmi*.

Gli *impegni* rappresentano le azioni, i processi e i comportamenti che la Struttura Associativa adotta da subito (o nel breve periodo) al fine di garantire alcuni fattori di qualità del servizio o il loro miglioramento.

I *programmi*, invece, si riferiscono a cambiamenti sul versante strutturale o organizzativo che non è possibile assicurare fin da subito; i programmi informano gli utenti sulle iniziative in corso, ma non assumono la valenza di una garanzia del servizio reso.

Sul piano metodologico, gli impegni pongono due distinti problemi:

1. come formulare un impegno sulla Carta dei Servizi;
2. come verificare gli impegni (cioè come apprezzare se sono stati effettivamente conseguiti i risultati attesi dichiarati con gli impegni).

Un "impegno" nella Carta dei Servizi deve essere formulato in modo da essere: significativo, non generico e verificabile.

Significatività

Sul criterio della significatività valgono le stesse considerazioni già fatte a proposito degli standard basati su indicatori quantitativi. Inoltre, è necessario tenere presente che i fattori di qualità su cui si formulano gli impegni comprendono normalmente un ampio numero di aspetti e che spesso la loro importanza agli occhi dell'utente è legata all'insieme di questi aspetti: ad esempio, per il vitto sono importanti sia aspetti "misurabili" (come l'orario dei pasti, la temperatura delle vivande quando vengono servite, eccetera), sia aspetti "verificabili" (come la possibilità di scelta, la presenza di stoviglie e accessori, eccetera), sia aspetti piuttosto soggettivi (come il gusto dei cibi serviti, le condizioni in cui i pranzi sono consumati, eccetera). Un impegno è tanto più significativo quanti più aspetti comprende. La formulazione degli impegni, anche se concentrata su alcuni aspetti specifici, solleva comunque l'attenzione degli utenti su tutti gli aspetti connessi. Per questi motivi è importante tenere sempre presente la "globalità" degli aspetti di servizi connessi a un impegno, e monitorarli in modo integrato.

Non genericità

Anche se espressi con formulazioni non quantitative, gli impegni non dovrebbero assolutamente essere generici. Per esempio, uno standard non quantitativo sul vitto *non* dovrebbe essere espresso nel seguente modo: *"La struttura garantisce il diritto a una alimentazione di qualità"*, ma potrebbe invece essere formulato indicando un'azione precisa, ad esempio: *"La struttura si impegna a fornire un menu a scelta per gli utenti non soggetti a dieta"*, esprimendo così un impegno direttamente verificabile; oppure indicando un "prerequisito" della qualità, ad esempio: *"La struttura si impegna a realizzare corsi sulla cortesia nei rapporti interpersonali"*, ricorrendo ad impegni formulati sulla base di prerequisiti (necessari per alcuni aspetti particolarmente intangibili, come, appunto, la cortesia del personale).

In ogni caso, bisogna porre attenzione a non esprimere gli impegni in modo generico; a questo scopo è opportuno che gli impegni contengano sempre un'indicazione chiara della scadenza temporale a cui sono associati e che siano formulati facendo riferimento a contenuti precisi e circoscritti, e non a generici "diritti" o ad aspetti troppo ampi della qualità.

Verificabilità

In genere, se un impegno è espresso in modo non generico, è anche verificabile. In altri termini, dovrebbe essere possibile effettuare dei riscontri per vedere se l'impegno è stato rispettato. Proprio perché gli impegni sono in realtà "globali", cioè interessano un ampio numero di aspetti anche al di là della loro formulazione, è bene che la verifica degli impegni sia condotta con un elevato numero di strumenti, tra cui le indagini di soddisfazione.

Le indagini di soddisfazione effettuate con questionari autocompilati o con interviste personali sono uno strumento importante per la verifica degli impegni. E' opportuno che tali indagini prevedano specifiche domande sugli impegni, separate dalle domande generali sulla soddisfazione per le principali componenti della qualità del servizio. Quello delle indagini di soddisfazione è un tema molto importante e delicato per la complessità degli

aspetti metodologici coinvolti, che non è possibile esaurire in poche righe e che merita approfondimenti.

Si tratta indubbiamente di un modo molto avanzato di fissare gli standard e anche molto impegnativo. Infatti, fissare standard basati su indicatori di soddisfazione dell'utenza richiede di stabilizzare un sistema di rilevazione (metodo di campionamento, forma del questionario, successione delle domande, modalità di intervista o di somministrazione, eccetera) a un livello tale da poter essere confidenti che rilevazioni diverse nel tempo garantiscano comunque i requisiti di confrontabilità e di significatività statistica. Le indagini di soddisfazione sono molto diffuse ma non sempre presentano un livello di sistematicità metodologica tale da poter garantire questi requisiti. Si tratta comunque di sforzi importantissimi per uscire dalla logica classica dell'autoreferenzialità⁶ e in questo senso vanno incoraggiati e sostenuti; ma è opportuno procedere con cautela quando da indagini "conoscitive", che possono tollerare una minore sistematicità, si voglia passare a indagini di carattere "prescrittivo", nel senso che gli standard sono determinati sui risultati delle rilevazioni.

- Riscontri e verifiche delle azioni previste

Dal momento che gli impegni dovrebbero essere formulati in modo non generico attraverso l'indicazione delle concrete azioni previste, è opportuno verificare se tali azioni sono state effettivamente realizzate, attraverso riscontri e verifiche oggettive, eventualmente a campione.

Fac-simile scheda per impegni e programmi (standard espressi in modo qualitativo)

Come per gli standard basati su indicatori quantitativi, viene proposta una scheda di supporto, per presentare alcuni esempi di impegni e che potrà essere utilizzata per definire impegni specifici di una data Struttura Associativa.

Nella scheda fac-simile sono messi in evidenza:

una possibile *formulazione* dell'impegno

a cosa serve l'impegno formulato (la *finalità* di utilizzo)

che cosa comprende l'impegno formulato (l'insieme degli aspetti in gioco)

come viene effettuata la valutazione (gli *strumenti* per verificare l'impegno)

alcuni suggerimenti di *priorità*

alcuni *fattori esterni* critici per la fissazione degli standard

FORMULAZIONE

Utilizzare una formulazione semplice e sintetica. Deve essere chiaro se si tratta di impegno valido da subito o di un programma da realizzare entro una certa scadenza che deve essere indicata.

A COSA SERVE (LA FINALITÀ)

Indicare la finalità per cui è utile adottare lo standard espresso in forma qualitativa, sia dal punto di vista dell'utente sia dal punto di vista della struttura.

COSA COMPRENDE (L'OGGETTO)

Indicare i diversi aspetti del servizio compresi nel tema dell'impegno o del programma. Tenere presente che gli impegni e programmi riguardano in generale temi complessi, non riconducibili a un singolo aspetto.

COME VALUTARE (GLI STRUMENTI)

Il sistema di valutazione dovrebbe comprendere sia misurazioni oggettive, dove possibile, sia misurazioni soggettive basate su indici di soddisfazione. Indicare anche le unità operative che dovrebbero essere responsabili della valutazione.

GLI INDICATORI

Indicare uno o più indicatori suggeriti per il monitoraggio dell'impegno o del programma (questi indicatori sono spesso espressi come percentuale dei casi in cui è stato possibile soddisfare l'impegno).

A COSA STARE ATTENTI NEL FISSARE GLI STANDARD (I FATTORI ESTERNI)
Indicare in questo spazio i fattori esterni principali, indipendenti dal controllo della struttura, che possono rendere oggettivamente non raggiungibile l'obiettivo indicato dallo standard.

ESEMPI DI IMPEGNI (STANDARD ESPRESSI IN FORMA QUALITATIVA)

"INFORMAZIONE"

FORMULAZIONE

"LA STRUTTURA SI IMPEGNA A OFFRIRE INFORMAZIONE SCRITTA E VERBALE ALLA FAMIGLIA SUL FUNZIONAMENTO E SUI PERCORSI PER ACCEDERE ALLE PRESTAZIONI"

A COSA SERVE (LA FINALITA')

L'informazione è uno dei cardini della Carta dei Servizi. La famiglia informata può scegliere i servizi con maggiore cognizione, può fruire dei servizi con maggiore facilità e con minori errori ed esprimere la propria soddisfazione o insoddisfazione riferendosi a un'aspettativa più precisa.

COSA COMPRENDE (L'OGGETTO)

Il numero di aspetti di servizio legati all'informazione è molto alto; tra gli aspetti "strutturali" vi sono:

- la disponibilità di opuscoli informativi
- percorsi di accesso illustrati
- punti di informazione periferici
- segnaletica evidente
- linee telefoniche dedicate
- personale formato su aspetti della comunicazione
- esistenza di procedure e modulistica per i reclami e i suggerimenti

Ma l'informazione dipende anche da fattori di processo come il fatto che:

- il personale è a conoscenza della struttura e delle prestazioni erogate
- il personale è a conoscenza degli orari di apertura
- il personale verifica periodicamente le informazioni in proprio possesso
- la famiglia viene informata sulle modalità di effettuazione dei reclami.

COME VALUTARE (GLI STRUMENTI)

L'impegno sull'informazione può essere verificato sia con indicatori di soddisfazione relativi all'informazione (e agli aspetti di struttura elencati) sia con verifiche dell'effettiva attuazione dei processi di informazione.

ESEMPI DI IMPEGNI (STANDARD ESPRESSI IN FORMA QUALITATIVA)

"VITTO"

FORMULAZIONE

"LA STRUTTURA SI IMPEGNA A GARANTIRE IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEL VITTO, A PARTIRE DALLA POSSIBILITA' DI SCELTA TRA MENU' DIFFERENZIATI PER GLI UTENTI NON SOGGETTI A DIETA"

A COSA SERVE (LA FINALITA')

L'alimentazione è un fondamentale fattore di qualità dell'assistenza. Il pasto è momento di piacere e di recupero psico-fisico, un momento di affermazione della dignità e della libertà dell'utente. Il miglioramento della qualità del cibo e della sua somministrazione è dunque necessario, al fine di rendere l'alimentazione non solo sana ed equilibrata, ma anche ricca, varia e gradevole.

COSA COMPRENDE (L'OGGETTO)

Per raggiungere uno standard di qualità migliore si deve intervenire su molteplici fattori, quali la variazione dei menù, il porzionamento corretto delle vivande, il coinvolgimento degli operatori.

COME VALUTARE (GLI STRUMENTI)

Il monitoraggio dell'impegno assunto avviene mediante due strumenti di valutazione:

- i questionari distribuiti ad ogni utente;
- la quantità degli scarti.

A COSA STARE ATTENTI NEL FORMULARE L'IMPEGNO (I FATTORI ESTERNI)

Il fattore esterno principale, indipendente dal controllo della Struttura, che può rendere oggettivamente non raggiungibile l'obiettivo indicato dall'impegno assunto, è rappresentato dalla omogeneità o meno dei gusti e della correttezza delle abitudini alimentari.

I PROGRAMMI: IL MIGLIORAMENTO QUALITATIVO DELLE STRUTTURE



Si è già accennato che i *programmi* rappresentano quegli impegni che non assumono una valenza di garanzia nei confronti degli utenti. Essi, piuttosto, delineano le intenzioni (e le priorità) di procedere a quei miglioramenti qualitativi che implicano modifiche negli assetti strutturali (per esempio: adeguamento degli edifici) e mega-organizzativi (per esempio: informatizzazione delle procedure interne).

Nondimeno, lo stato delle strutture, degli impianti e delle attrezzature esistenti influisce in misura rilevante sulla qualità percepita del servizio.

Quindi, gli impegni programmatici sul versante del miglioramento qualitativo delle strutture hanno una natura ambivalente offrendo scarsa garanzia all'utente ma intervenendo, al tempo stesso, su aspetti che possono avere ampie ricadute in termini di miglioramento della qualità percepita.

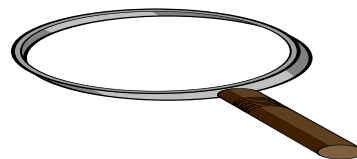
IL PROCESSO DI GESTIONE DEGLI STANDARD

Gli standard devono essere la parte più viva della nostra Carta dei Servizi. Essi vanno periodicamente verificati e aggiornati; inoltre, nuovi standard vanno aggiunti ai precedenti a ogni versione della Carta, perché nuovi aspetti del servizio possono essere interessati dal processo di miglioramento e nuovi problemi vanno affrontati.

Gli standard richiedono un "processo di gestione" composto di diverse fasi. In merito, viene proposta una metodologia per fare in modo che gli standard non restino una dichiarazione di intenti o una generica promessa ma diventino effettivamente una modalità di miglioramento continuo.

In primo luogo, è consigliabile intraprendere una strada di grande gradualità nell'affrontare il difficile tema degli standard, soprattutto se si parte "da zero", cioè senza un'esperienza pregressa in materia di qualità dei servizi, cercando di mettere in luce alcuni punti essenziali del processo di gestione degli standard in ciascuna delle seguenti fasi:

1. costituire il gruppo di lavoro sugli standard;
2. individuare l'area di intervento e i punti di sofferenza;
3. analizzare il processo e le cause di non qualità;
4. adottare e condividere gli standard;
5. comunicare gli standard agli utenti;
6. misurare i risultati e verificare il rispetto degli standard;
7. applicare azioni correttive e migliorare il processo.



1. Costituire il gruppo di lavoro sugli standard (“gruppo qualità”)

Quando la Struttura Associativa decide di voler iniziare ad impegnarsi per garantire i livelli di qualità attraverso gli standard - e quindi decide di avviare un processo di miglioramento della qualità - la prima cosa da fare è costituire un gruppo di lavoro (*“gruppo qualità”*) per gestire il processo di adozione e utilizzo degli standard. La costituzione di un gruppo di lavoro autorevole e riconosciuto non è un risultato scontato, dato che si devono mettere in conto resistenze e scetticismi di vario genere. L'importante è che il gruppo di lavoro non sia isolato, ma disponga di una serie di interlocutori nelle unità operative, costruendo una “rete di referenti” nei diversi reparti/servizi.

Il Gruppo “Qualità”, in linea generale, va costituito attraverso un'accurata selezione di operatori di diversa professionalità e provenienti da diversi servizi con caratteristiche curriculari orientate verso gli ambiti del programma di qualità (comunicazione, formazione, conduzione di gruppi, programmazione, statistica). Il Gruppo “Qualità” deve dedicare la prima fase di lavoro all'autoformazione, all'identificazione di modalità organizzative per lo sviluppo del programma, alla definizione delle aree prioritarie d'intervento e dei “fattori di qualità” negli specifici settori d'intervento inizialmente scelti. In seguito, il programma può essere esteso ad altri settori e fattori.

Molteplici possono essere le difficoltà che il “Gruppo di Lavoro” può incontrare sulla definizione ed implementazione degli standard.

Ad esempio, si può all'inizio non disporre di un sistema informativo interno dal quale estrarre i dati delle misurazioni necessarie per definire indicatori e standard di qualità. A questo si può aggiungere una generale resistenza di carattere culturale.

Il Gruppo di Lavoro può, nella fase iniziale, sopperire alla carenza di un sistema informativo attraverso la messa a punto di schede orientate che possono permettere di realizzare una mappatura particolareggiata della Struttura fino a quel momento mancante (le singole prestazioni effettuate, le modalità d'accesso, i luoghi di erogazione e i relativi responsabili, eccetera).

La mappatura effettuata può consentire inoltre di sviluppare la parte della Carta relativa all'informazione, sia “esterna” (rivolta all'utenza) che “interna” (tra i vari servizi).

Parallelamente, il Gruppo può iniziare una serie di attività tendenti a creare una rete di operatori “periferici” motivati, da coinvolgere nella definizione dei fattori e dei piani di miglioramento. Da un iniziale unico “Gruppo di Qualità” si può pervenire, strada facendo, alla strutturazione di vari nuclei operativi, con il compito di realizzare la mappatura e la raccolta-dati di cui sopra, attuare incontri più parcellizzati con il personale ed attivare, laddove possibile, gli interventi operativi previsti costituendo “Gruppi di Miglioramento”.

Questo lavoro di progressivo coinvolgimento degli operatori deve essere ritenuto indispensabile, seppur energicamente costoso, per creare un contesto favorevole all'assunzione del programma-qualità da parte dei servizi, nonché le pre-condizioni di una definizione “condivisa” degli standard. Tutto questo al fine di attuare percorsi di miglioramento “veri”, dato che la sfida maggiore del programma “Qualità” è indubbiamente quella di sviluppare una nuova **“cultura dei servizi e degli operatori”**, percorso di non facile, ma indispensabile, attuazione.

Per sopperire alle eventuali iniziali carenze di informazione circolante sul programma e sulle finalità del gruppo “Qualità” si può produrre e diffondere una “Guida” rivolta agli operatori, contenente oltre alle informazioni essenziali sul programma, anche una scheda da far pervenire al Gruppo di Lavoro di catalogazione delle esperienze in corso nei vari servizi/reparti. Vanno naturalmente organizzati anche incontri aperti a tutto il personale; tuttavia, sono i periodici incontri “a piccoli gruppi” che garantiscono maggiore concretezza e produttività, al fine di meglio vagliare la fattibilità delle ipotesi operative, trasmettendo in ultimo la sensazione di un coinvolgimento veramente attivo.

Ad ogni responsabile di presidio/struttura e/o servizio si può chiedere di nominare un Referente che, oltre a svolgere la funzione di “sensore/moltiplicatore” degli interventi, attui

assieme ai componenti del Gruppo "Qualità" la raccolta-dati, l'elaborazione, il coinvolgimento progressivo degli operatori del presidio, eccetera.

In linea generale, si può consigliare la strategia di realizzare in prima istanza riunioni "a grandi gruppi" o con il totale degli operatori (a seconda dell'ampiezza dell'organico), con la funzione di chiarire le premesse degli interventi, i percorsi e le ipotesi possibili, sdrammatizzare l'immaginario negativo nei confronti del programma "Qualità", raccogliere gli elementi "grossolanamente" emergenti dal disagio e dalle aspettative degli operatori (tali riunioni potrebbero essere definite di "calibratura"). A queste poi devono seguire altre riunioni a piccolo gruppo, orientate su compiti, immediatamente valutative e operative verso le ipotesi emerse.

2. Individuare le aree ed i punti di sofferenza

Il Gruppo di Lavoro deve per prima cosa individuare l'area su cui intervenire, sia essa uno specifico servizio oppure un'intera Unità Operativa. La scelta può essere determinata dalle priorità definite dalla Struttura, dalle risorse disponibili o da situazioni di maggiore criticità.

Una volta costituito il Gruppo di Lavoro e individuata l'area su cui agire, si deve individuare e caratterizzare il problema che si vuole affrontare. Si tratta di riuscire a individuare i *punti di sofferenza*, cioè gli aspetti di *non-qualità* di un servizio.

Tra le indagini finalizzate ad acquisire dati per individuare le aree ed i punti di sofferenza del servizio secondo l'utente, il *focus group* è certamente una delle più importanti; nel corso di una sessione di focus group è possibile estrapolare quelle variabili (items) che rappresentano realmente, dal punto di vista dell'utenza, i fattori critici (e di sofferenza) di qualità. In altri termini, la tecnica del focus group è importante perché consente di far emergere la vera percezione del servizio che l'utente ha e di mettere in risalto i punti su cui quest'ultimo concentra maggiormente la propria attenzione quando valuta il servizio offerto. E' con riferimento a questi punti che la Struttura Associativa, compatibilmente con le sue strategie, deve successivamente formulare i propri Standard di Qualità.

I "FOCUS GROUP"

I colloqui di gruppo nell'ambito dei focus group hanno l'obiettivo di fornire informazioni sui seguenti argomenti:

- valutazione globale e specifica del servizio oggetto di indagine: individuazione del livello di soddisfazione dell'utente;
- percezione di eventuali modificazioni nel tempo del servizio (in direzione migliorativa o peggiorativa) con proiezione anche nel futuro;
- natura del rapporto percepito a livello emotivo/simbolico con la struttura erogatrice del servizio;
- le attese di miglioramento, con indicazioni specifiche e concrete.

Dal punto di vista metodologico, un coordinatore guida con metodi semistrutturati tali colloqui di gruppo.

Si dicono metodi "semi-strutturati" in quanto sono collocabili a metà fra la discussione libera (cioè senza nessun intervento e senza una scaletta da seguire) e quella guidata (che invece segue uno schema ben preciso, con una sequenza rigida).

L'analisi degli atteggiamenti e delle percezioni in merito a qualcosa di definito come il piano di azione della Struttura può essere effettuata con tecniche semi-proiettive, ovvero con stimoli più strutturati (frasi da completare, aggettivi da associare o metafore da correlare a determinate situazioni concrete).

In questo modo, la semi-proiettività permette all'individuo di lasciarsi andare ad associazioni, ad espressioni dei propri pensieri e percezioni senza sentire troppa intrusività, ma sentendosi liberi di esprimersi, dando degli apporti considerevoli all'indagine in atto.

Il focus group, in definitiva, si può definire come un'intervista fondata sulla discussione di un gruppo di persone che producono un determinato tipo di dati qualitativi.

Gli "attori" protagonisti dei focus group sono essenzialmente due:

- il gruppo dei partecipanti;
- il conduttore.

Questi conducono una discussione che, nelle sue linee generali di sviluppo è programmata e finalizzata al raggiungimento di obiettivi prefissati, quali, ad esempio, l'acquisizione dei dati necessari per la messa a punto degli strumenti relativi ad una successiva ricerca quantitativa (questionario).

In sostanza, il conduttore ha preventivamente individuato i principali argomenti critici e su questi lancia "domande-stimolo" che portano i partecipanti alla discussione; tale discussione, pur sempre tenuta sotto controllo e concentrata sui temi proposti, può portare ad individuare determinate criticità.

Il valore aggiunto che si può ricavare dallo svolgimento dei colloqui è legato all'abilità del conduttore di far parlare i partecipanti e farli esprimere in maniera aperta e completa.

Per quanto concerne la conduzione pratica del gruppo, il numero dei partecipanti può, convenientemente, oscillare fra 6 e 12, per il fatto che:

- se il gruppo è troppo piccolo, il conduttore fa fatica ad evitare alcuni comportamenti di acquiescenza, trova difficoltà a stimolare la discussione, con il risultato di ottenere una scarsità di contenuti;
- se il gruppo è troppo grande, ha difficoltà a tenere la discussione univoca; questa si suddivide in tanti piccoli sottogruppi che si accavallano, si disturbano a vicenda e, in ultima analisi, fanno perdere completamente la focalizzazione.

La durata della riunione è di circa 1 o 2 ore; la discussione di solito viene registrata in modo tale da poterla riscrivere, rileggere e rielaborare.

Sia gli operatori che gli utenti devono partecipare all'individuazione dei punti di sofferenza per la definizione dei fattori di qualità, da cui poi far derivare indicatori e standard.

Per individuare i punti di sofferenza di una certa area del servizio, possono essere organizzate riunioni con gli "operatori storici" del servizio "x" in questione, veri conoscitori dei relativi processi. Per "operatori storici" si intendono non i responsabili delle Unità Operative/reparti, ma chi a qualunque titolo come operatore vive da anni nel servizio, avvertendo e individuando le difficoltà, i problemi, i punti di sofferenza che l'utente incontra. Questo permette al "Gruppo di Lavoro" di venire a conoscenza di tutte le problematiche dei servizi, individuando insieme agli operatori stessi quei punti di sofferenza "gestibili", cioè modificabili in senso migliorativo. Compito del Gruppo di Lavoro è quello di "individuare" tra tutti i fattori di non-qualità esposti quelli prioritari e gestibili. Di tutti i punti critici e di sofferenza nella prima fase emersi vanno individuati alcuni fattori di qualità ritenuti al momento prioritari. Per individuare i motivi o meglio i fattori della criticità-sofferenza, va conseguentemente analizzato in dettaglio il processo.

3. Analizzare il processo e le cause di non qualità

Una volta individuato e caratterizzato il problema da risolvere (il "punto di sofferenza") vi è necessità, prima di elaborare indicatori e standard di qualità, di conoscere tutti gli aspetti, le proprietà, le particolarità del problema. In questa fase è necessario analizzare il processo e ricercare le cause gestibili e modificabili che determinano la non-qualità. La conoscenza del processo richiede il contributo degli operatori interni, per valutare le alternative, le resistenze, i tempi e i costi.

Individuato un determinato fattore di qualità "critico", non è cioè ancora possibile formulare indicatori e standard di qualità. Vi è infatti la necessità di analizzare per prima cosa il fattore di non qualità, ricercando le cause che determinano la non-qualità, rimuoverle in tutto o in parte e solo allora passare alla formulazione dell'indicatore e dello standard specifico, che in questi casi ha maggiori garanzie di successo.

Il modello da seguire è sicuramente quello della partecipazione consapevole e del coinvolgimento. Vanno riuniti gli operatori coinvolti nel reparto/servizio "x". Per prima cosa, il servizio in analisi va considerato un processo produttivo composto da diverse attività e gli operatori coinvolti (conoscitori delle attività) devono attivamente partecipare all'analisi di tale processo contribuendo a fornire una serie di dati essenziali per conoscere le attività che compongono il processo produttivo, quali, ad esempio, il numero di operatori che lavorano in quei dati reparti ed i mezzi e materiali presenti nelle strutture coinvolte, eccetera. Dopo l'acquisizione dei dati, vanno ricercate le cause che determinano il fattore di non qualità e per tale tipo di analisi si può utilizzare come strumento il **"diagramma causa-effetto"** (*di seguito riportato nella figura*). Una volta individuate le cause che provocano la non qualità, si deve valutare quali tra queste sono gestibili da parte della Struttura per poterle poi successivamente modificare, rimuovere o correggere. In questo modo si può, ad esempio,

dotare di mezzi i reparti/servizi che ne sono carenti, si possono risolvere problemi per l'approvvigionamento di materiali, si creano raccordi funzionali tra i servizi, si può intervenire, laddove necessario, sulla metodologia di lavoro, puntando sulla collaborazione e sul lavoro di gruppo. In vari casi, non è possibile cambiare determinate condizioni, in quanto **non gestibili** nell'immediato da parte della Struttura. Individuato il fattore di non qualità, raccolti ed analizzati i dati riguardanti le cause che determinano la non qualità, rimosse o modificate le cause, si può finalmente stabilire l'indicatore specifico e il relativo standard di qualità. In tal modo, si può parlare di **“adozione di standard garantiti”**, in quanto nascono da momenti di analisi e sofferenza sentiti e partecipati nella fase di elaborazione.

DIAGRAMMA CAUSA-EFFETTO



Nel “Diagramma Causa-Effetto” vengono riportate le varie cause che determinano uno specifico effetto

4. Adottare e condividere lo standard

A questo punto, disponendo dell'analisi del processo, si è in possesso degli elementi sufficienti per passare alla formulazione degli standard.

Lo standard esprime un impegno della Struttura Associativa verso gli utenti che è raggiungibile solo se il personale agisce quotidianamente avendo gli standard come riferimento operativo per i propri comportamenti quotidiani: è essenziale quindi, in questa fase, che gli standard siano condivisi da parte di tutto il personale interessato.

Saltare questo momento di coinvolgimento del personale vuol dire individuare ed adottare standard di qualità non sentiti e partecipati dagli operatori e quindi non in possesso di tutte quelle garanzie che ne permettono poi il rispetto nei confronti degli utenti.

L'adozione della Carta dei Servizi è senz'altro un passaggio preliminare ed obbligato di cambiamento della mentalità dell'organizzazione nei confronti dell'utente. Le finalità della Carta sono quelle di un cambiamento sostanziale di tutta l'organizzazione. Per fare questo bisogna in ogni servizio e reparto ripercorrere l'esperienza dell'utente, ridiscutere le modalità di erogazione delle prestazioni ponendo al centro le esigenze dell'utente. Si tratta di una metodologia lunga e complessa (un processo continuo di miglioramento) attraverso la quale è possibile arrivare alla definizione di indicatori (sensibili, validi, confrontabili e significativi) e poi di standard condivisi.

L'approvazione del progetto "Carta dei Servizi" richiede sempre e comunque un grosso sforzo di comunicazione a tutto il personale dei concetti e della filosofia stessa della Carta. La linea da adottare è quella di presentare la Carta dei Servizi attraverso delle riunioni di informazione a tutto il personale. Ogni riunione deve essere mirata sul significato e i contenuti della Carta.

Non è facile far passare il messaggio che sono proprio le occasioni di difficoltà di un servizio "x" che debbono spingere ad una verifica seria dell'erogazione delle prestazioni, ad una discussione delle stesse in funzione delle esigenze dell'utente.

Il momento determinante è quello della presentazione della Carta. Bisogna essere estremamente concreti e pronti a cogliere le occasioni di disponibilità del personale, **accettare anche le critiche più severe purché produttive**. Bisogna essere in grado di portare esempi concreti di modifiche realizzabili, tenendo conto delle disponibilità e volontà dei vertici della Struttura prima di fissare in modo impegnativo determinati standard.

Innanzitutto, è consigliabile scegliere un servizio significativo della Struttura, si può anche riflettere ed operare su un rilevante, però specifico, problema organizzativo. Bisogna trovare personale disponibile, che non presenti contrasti insanabili tra le varie categorie (gruppi omogenei). E' necessario avere un corso di aggiornamento a disposizione oppure programmato per le esigenze del personale.

Attenzione particolare va data al messaggio iniziale che viene trasmesso nella presentazione della Carta. Per avere l'attenzione giusta del personale bisogna entrare subito in esperienze specifiche. Il referente deve far parte dell'organizzazione, essere credibile nelle sue affermazioni, avere la capacità di convincere il personale al cambiamento.

5. Comunicare gli standard agli utenti

Gli utenti devono essere informati sugli standard. Tutta la filosofia della Carta è basata sulla trasparenza e sull'informazione all'utente, e gli standard sono centrali in questa impostazione. E' per questo che gli standard devono avere le seguenti caratteristiche di comunicazione: trasparenza, facilità di lettura, comprensibilità. Anche la completezza degli standard è un valore importante; tuttavia le esperienze dimostrano che il tema degli standard viene affrontato con gradualità e per priorità.

La comunicazione sugli standard deve avvenire in modo semplice e sicuro, senza possibili ambiguità di interpretazione. Gli accorgimenti possibili perché ciò avvenga sono legati agli elementi essenziali della comunicazione. Dal momento che il "lettore" della Carta è l'utente del Servizio, è necessario valutare la terminologia da usare per rendere "leggibile" la Carta e in particolare gli standard di qualità. Vanno incrementate le esperienze di semplificazione del linguaggio. Bisogna ridurre quanto più possibile il numero di prestazioni da riportare nella Carta dei Servizi e definire le stesse prestazioni con una terminologia corretta ma, per quanto possibile, semplice e "leggibile" dall'utente. Nel caso di standard espressi in forma qualitativa vanno usate espressioni non generiche e verificabili. Gli standard dovrebbero essere comunicati attraverso strumenti di comunicazione immediata come cartelloni all'entrata dei servizi e dei reparti, depliant, o altri mezzi figurativi rivolti agli utenti, situati nelle posizioni rilevanti del processo come i punti di prenotazione, il momento dell'accoglienza, eccetera.

6. Misurare i risultati e verificare gli standard

Uno standard di qualità va verificato, controllato e monitorato. Per verificare e monitorare la validità degli standard di qualità è utile costituire un **gruppo di verifica**, composto da alcune figure professionali complementari, che abbia il compito non solo di evitare cadute di qualità, tenendo sotto controllo periodico l'andamento degli indicatori e delle azioni previste, ma anche di coinvolgere attivamente gli operatori, convincendoli che la verifica non è un fatto da temere, bensì un costante riferimento per la valorizzazione del proprio operato.

Esiste la necessità da un lato di un corrente monitoraggio degli standard, al fine di percepire immediatamente gli eventuali scostamenti negativi per attivare le necessarie azioni correttive, dall'altro di un continuo coinvolgimento degli operatori mediante il meccanismo di verifica-azione correttiva.

Al solito, il punto di partenza essenziale è il coinvolgimento del personale, la sua attiva partecipazione al progetto di miglioramento della qualità. Se ciò avviene, è allora possibile introdurre i meccanismi di verifica senza che ciò sia percepito come qualcosa di temibile; anzi, la verifica diviene un costante riferimento per la valorizzazione del proprio operato.

7. Applicare azioni correttive e migliorare il processo

Il miglioramento è possibile solo se innesca un processo di *feedback* (rappresentato nella figura del "processo di gestione degli standard" dalla freccia che torna verso la casella dell'analisi del processo). E' necessario infatti individuare i punti critici che sono alla base degli scostamenti rilevati tra i risultati effettivi e gli standard.



APPENDICE C

1. come comunicare la carta dei servizi
2. come coinvolgere il personale

Particolare cura dovrà essere posta nella "diffusione" della Carta dei Servizi presso i collaboratori, gli utenti e chi li rappresenta, le Istituzioni pubbliche del territorio, le organizzazioni sindacali, gli organismi di volontariato e di tutela e, non ultimi, i fornitori.



COME COMUNICARE LA CARTA DEI SERVIZI

In primo luogo va sottolineato che la comunicazione della Carta non deve essere un atto ad una sola via, bensì bi-direzionale: i destinatari della comunicazione, le famiglie con persone con disabilità intellettiva e relazionale, non possono essere un elemento passivo, ma devono partecipare attivamente al processo di comunicazione. Comunicare e diffondere davvero i contenuti della nostra Carta dei Servizi non vuol dire solo "far sapere": piuttosto, vuol dire "stabilire una relazione tra due soggetti – Struttura Associativa e famiglie/utenti - per mettere in comune qualcosa": Nel caso della Carta dei Servizi, ciò che viene messo in comune è il

"Patto sulla Qualità Promessa"



Tale patto comunicato, deve essere accettato e condiviso. La comunicazione dei contenuti della Carta non deve essere ridotta ad un mero atto formale: in tal modo, l'intera operazione sarebbe destinata all'insuccesso. Chi trasmette il messaggio deve verificare il grado di comprensione e di accettazione del messaggio da parte del ricevente; una verifica, in tal senso, è estremamente importante in quanto, proprio nel caso della Carta, non viene trasmessa una semplice informazione.

La nostra Carta, come andrà più volte raccomandato, deve essere costruita con informazioni essenziali e, naturalmente, complete che risultino utili alle famiglie/utenti e che siano espresse in un linguaggio chiaro e comprensibile; deve essere sempre disponibile

con strumenti, mezzi di comunicazione e supporti anche differenziati, prevedendo e contemplando eventualmente una segmentazione dei destinatari, in modo da poter inviare messaggi più mirati, comprensibili e coinvolgenti.

Una comunicazione non autoreferenziale deve partire dall'analisi dei destinatari (o "riceventi"); al fine di operare nei loro confronti una opportuna "segmentazione" è necessario conoscere: quale rapporto intrattengono con il servizio erogato, quali sono i punti di sofferenza di questo rapporto, quali sono le aspettative di comunicazione, quali sono i canali e strumenti di comunicazione più efficaci e così via.

La Carta dei Servizi non vive se agli utenti non è consentito di utilizzarla, ed essi non possono utilizzarla se non la conoscono, se non la comprendono, se non possono comunicare facilmente a chi eroga le loro osservazioni e le loro esigenze.

Il Patto non esiste se non è effettivamente comunicato e se non è accettato e condiviso

Ma che cosa vuol dire comunicare con le famiglie dei nostri disabili intellettivi e relazionali? Il termine *comunicazione* è oggi fra i più impiegati, ma forse è opportuno soffermarsi a riflettere sul significato reale di questa espressione. Anche la radice etimologica (lat. *communicare* = rendere partecipi, da *communis*, ciò che è di proprietà comune, della comunità) ci indica che "comunicazione" non è semplicemente "far sapere", ma è qualcosa di più: comunicare vuol dire *stabilire una relazione* tra due diversi soggetti per *mettere in comune* qualcosa.

Nel caso della Carta dei Servizi, l'interesse comune che lega i due soggetti è il patto sui servizi, sui livelli di qualità e sui meccanismi di verifica e tutela. Il patto è uno strumento bilaterale che implica l'incontro di due volontà su un oggetto comune.

Comunicare è anche saper ascoltare da parte di ciascuna Struttura Associativa, implica la ricerca di un rapporto nuovo, non autoritario e non asimmetrico, che non nasce né può funzionare senza una efficace azione di comunicazione, intesa come quella funzione complessa che consente all'apparato di gestione del servizio di **"uscire dal fortino"** e di allacciare un dialogo con le nostre famiglie per stringere un patto sulla qualità dei servizi.

Attraverso la comunicazione, ciascuna Struttura a marchio ANFFAS immette nel proprio circuito di progettazione e di gestione delle attività **la voce delle famiglie** con persone con disabilità intellettiva e relazionale, quali portatrici di esigenze e valutatrici della qualità del servizio; informa sull'offerta ed assume impegni solenni sul rispetto dei livelli di qualità che è in grado di garantire.

In genere, chi eroga servizi soffre di un fenomeno patologico chiamato **"autoreferenzialità"**, di cui bisogna liberarsi: autoreferenzialità significa sostanzialmente essere indifferenti alle esigenze degli utenti, non dialogare con chi utilizza i propri servizi.

La nostra Carta intesa come patto (**e la comunicazione come suo strumento essenziale**) vuole essere la risposta alla cultura dell'indifferenza ai bisogni, anche informativi, degli utenti: cultura che ancora troppo diffusamente caratterizza il modo di essere di chi eroga servizi.

"Uscire dal fortino" è lo slogan che ci deve guidare



La nostra Carta dei Servizi non deve rimanere all'interno delle mura della Struttura, senza essere davvero conosciuta dalle famiglie. Naturalmente, non ha senso tentare - attraverso la Carta - di "uscire dal fortino" con un messaggio spesso difficile da leggere, o che arriva quando non serve, o non arriva quando serve.

Per tradurre operativamente lo slogan "uscire dal fortino" bisogna mettersi nei panni del destinatario del servizio anziché in quelli usuali del fornitore di un servizio: iniziare cioè dall'analisi dei bisogni delle persone con disabilità intellettiva e relazionale e delle loro famiglie.

Al fine di raccogliere ed analizzare le reali esigenze di comunicazione delle famiglie-utenti, vanno utilizzati tutti gli strumenti a disposizione per capire quali sono le carenze di informazioni che provocano i maggiori disagi.

Innanzitutto, è opportuno provare a **"mettersi empaticamente nei panni dell'utente"** e rifare tutto il percorso che in genere bisogna seguire per utilizzare i vari servizi, dal momento del primo contatto/accoglienza in poi.

In secondo luogo, vanno analizzati ed elaborati i segnali che provengono dai reclami o dai questionari di soddisfazione delle famiglie-utenti al fine di distinguere tra le criticità legate solo alle comunicazioni e quelle che richiedono interventi di altro tipo.

Proseguendo, appare necessario organizzare, controllare e aggiornare in una "banca dati" tutte le informazioni rilevanti riguardanti il rapporto fra struttura erogatrice e famiglie-utenti circa i locali, le risorse professionali e logistiche, le modalità di erogazione delle prestazioni. Tali informazioni non dovranno essere interamente riportate dalla Carta dei Servizi; quest'ultima, infatti, pur basandosi ed essendo assolutamente coerente con le suddette informazioni, costituisce un documento distinto dalle schede informative che costituiscono la "banca-dati". In quanto patto, la nostra Carta conterrà solo le informazioni essenziali ed **effettivamente utili** agli utenti, espresse inoltre secondo modalità comprensibili e verificabili. Queste informazioni riguarderanno: la missione della Struttura Associativa, le principali modalità di fruizione dei servizi, gli standard e impegni più significativi e le forme e procedure di tutela e partecipazione.

E' bene non dimenticare che un eccesso di informazione impedisce talvolta la comunicazione invece di facilitarla. Molte informazioni, che risultano importanti in altri ambiti, non sono necessariamente utili per comunicare la Carta dei Servizi; infatti non è pensabile che le nostre famiglie possano realmente orientarsi se consegniamo loro documenti troppo voluminosi e dettagliati.

Ancora, devono essere attivate iniziative e modalità di comunicazione più ampie e mirate ai "destinatari": è importante valutare se costoro sono effettivamente raggiunti dal mezzo scelto e se gli attribuiscono valore. Si deve inoltre tenere conto che la formulazione del messaggio deve essere adeguata al mezzo: il messaggio per un manifesto sarà argomentato meno di quello per un opuscolo e la scelta dei caratteri e della forma avrà un'importanza particolare se si sceglie di comunicare con un manifesto. Il messaggio va dunque elaborato a partire dal destinatario ma va modulato a seconda del mezzo di comunicazione scelto. Per arrivare al destinatario, il messaggio deve essere efficace, cioè in grado di essere decodificato, compreso ed assimilato.

In ultimo, dal momento che la comunicazione è un dialogo a due vie, va prevista una fase di ascolto dei destinatari del messaggio (informazione di ritorno). Essa è utile per verificare sia il grado di comprensione e di condivisione del messaggio che il grado di soddisfazione delle prestazioni e dei servizi offerti. L'informazione di ritorno, e più in generale l'ascolto, è importante perché permette a chi comunica di verificare se *il messaggio è stato recepito e quale è stata la sua efficacia*.

L'ascolto assume un'importanza ancora più rilevante nel caso della comunicazione della nostra Carta dei Servizi, proprio per la sua natura di patto condiviso da entrambi i contraenti.

COME COINVOLGERE I COLLABORATORI

“Il coinvolgimento dei collaboratori è l'elemento principale per rendere la Carta non solo Carta”



La Carta dei Servizi ANFFAS è patrimonio di ogni operatore che, quindi, deve poter esprimersi sulla Carta, avere dei canali attraverso i quali esplicitare i propri suggerimenti, i dubbi, le osservazioni e le precisazioni; tutti gli input che arrivano dal personale dovranno essere tenuti presenti per la riedizione annuale della Carta.

Se la nostra Carta costituisce un “patto” fra la Struttura Associativa e la propria utenza, tale patto deve essere preso in carico da tutti gli operatori, a prescindere dai rispettivi ruoli e funzioni. Di fatto, una Struttura che non riuscisse ad impegnare tutto il proprio personale intorno ai contenuti del patto che intende stabilire con gli utenti non sarebbe in grado di rispettare il patto medesimo.

Senza coinvolgimento del personale sarebbe inevitabile ricadere in una logica di adempimento, per cui la Carta si ridurrebbe a un documento formale sostanzialmente privo di reali effetti; tale rischio può essere molto forte se il coinvolgimento resta limitato ad un gruppo ristretto di persone, situazione questa che può essere naturale all'inizio ma che non deve costituire uno stato permanente.

Per la maggior parte delle attività e servizi erogati, è indispensabile un “gioco di squadra”: il successo delle iniziative si ottiene, il più delle volte, dall'insieme degli operatori motivati e mobilitati verso obiettivi comuni, conosciuti e condivisi. La Carta dei Servizi è un tipico esempio della “gestione per risultati” (in contrapposizione alla burocratica “gestione per compiti”), in cui gli operatori sono attori responsabili del proprio processo produttivo; è auspicabile il loro coinvolgimento, secondo le funzioni di ciascuno, già durante la fase di definizione degli obiettivi-standard di qualità della Carta dei Servizi, realizzando così una gestione più partecipativa: in particolar modo, bisogna curare e diffondere gli strumenti ed i mezzi che consentano agli operatori di acquisire conoscenza, di formulare proposte e suggerimenti e di entrare a far parte operativamente del “processo di generazione” della Carta.

Il grado di coinvolgimento del personale sembra a molti un elemento “invariante” su cui non è possibile lavorare e che non è possibile modificare.

Eppure non è così. E' frequente constatare come il livello di coinvolgimento si differenzia da situazione a situazione in funzione di come si lavora per guadagnare l'attenzione e l'adesione degli operatori. Tutti abbiamo potuto notare come gli atteggiamenti e i comportamenti del personale varino in realtà da unità organizzativa a unità organizzativa, in ragione delle condizioni di lavoro, dello stile di direzione, eccetera.

In realtà, la disponibilità al coinvolgimento non è soltanto (come in parte è effettivamente) una funzione delle caratteristiche individuali delle persone, ma dipende in larga misura anche dall'intervento dell'organizzazione; e, come per altri temi, anche in questo caso è possibile lavorare in modo metodico e sistematico.

Durante tutto il processo di attuazione della nostra Carta dei Servizi, sin dall'iniziale impostazione del progetto, occorre aver ben chiare le modalità con cui coinvolgere nel processo tutte le professionalità. La partecipazione del personale andrà sollecitata, mantenuta, rilanciata e rafforzata anche successivamente alla realizzazione della Carta,

affinché non venga meno la tensione verso il raggiungimento degli impegni in essa contenuti e verso un progressivo miglioramento degli standard di offerta.

Sviluppare e accrescere il coinvolgimento del personale nell'attuazione della Carta dei Servizi può essere un'operazione più o meno difficile in funzione del singolo contesto. In alcuni casi, la Struttura può far leva su una tradizione di partecipazione e su preesistenti iniziative di sviluppo di una cultura del servizio. In altri casi, invece, coinvolgere il personale costituisce una sfida culturale, organizzativa e gestionale nuova e difficile, da affrontare pertanto con determinazione ma anche con realismo, evitando sia di rinunciare all'ambizione di migliorare la situazione di partenza, sia di sbilanciarsi con promesse agli utenti che poi il personale non è in grado di sostenere.

Va peraltro rilevato come il personale sia tutt'altro che un blocco monolitico e indifferenziato e come anzi sia composto da individui molto diversi fra loro sia per qualificazione e esperienza professionale che per atteggiamento verso il proprio lavoro e la Struttura in genere. Esistono aree professionali e "culturali" che considereranno sotto un proprio punto di vista innovazioni e cambiamenti portati dalla Carta dei Servizi e che di conseguenza avranno problemi, resistenze, motivi di adesione molto diversi: ciascuna di queste aree fa riferimento a valori professionali e spesso a linguaggi propri.

La scelta delle modalità e degli strumenti più opportuni per facilitare il contributo del personale deve tenere in altissima considerazione queste differenze. Nei confronti del personale il programma attuativo della Carta dei Servizi dovrebbe prendere avvio dalla individuazione esplicita delle aree professionali e culturali presenti, partendo dalla "segmentazione" del personale in aree tendenzialmente omogenee e su questa base progettare e realizzare iniziative mirate.

Vi sono tuttavia altri criteri utili a riconoscere le differenze del personale per individuare le migliori modalità di coinvolgimento, come ad esempio distinguere in funzione dell'atteggiamento (positivo o negativo) verso il cambiamento e della effettiva capacità di attuarlo; una simile distinzione potrà portare ad individuare azioni diverse dirette rispettivamente verso coloro che vogliono cambiare, ma che non sono in grado (ad es.: programmi di formazione), verso coloro che, pur essendo in grado, non "vogliono" cambiare (ad es. programmi di incentivazione), o ancora verso quelli che insieme "vogliono" e "possono" cambiare (e che possono fornire gli esempi positivi da valorizzare).

Il ruolo dei vertici della Struttura Associativa

Affinché possa realizzarsi un coinvolgimento significativo del personale è necessario un reale convincimento ed impegno da parte dei "vertici". E' illusorio pensare di coinvolgere chicchessia in qualcosa a cui non si dà importanza o in cui non si crede con sufficiente determinazione. Le persone non si spendono per qualcosa che, in tutta evidenza, "non è importante" o comunque così appare poiché la Struttura Associativa non lo considera tale. Chiedere ad altri di impegnarsi per qualcosa rispetto a cui non si è disposti ad impegnarsi in prima persona non soltanto assume l'aspetto della manipolazione, ma soprattutto finisce per essere inefficace. In questo caso non valgono le parole o le dichiarazioni: le persone valutano e si fanno le proprie opinioni su ciò che constatano nei fatti.

Va sottolineato a questo proposito che la credibilità non dipende tanto da ciò che la Struttura ha effettivamente già realizzato. Può essere credibile anche chi appena si appresta a cominciare a lavorare per migliorare la qualità del servizio, se il personale riconosce i segnali di tale volontà.

Nei casi in cui il gruppo che lavora per attuare la Carta dei Servizi si è costituito più per una spinta dal basso che per volontà o per mandato dei vertici, l'impegno e la motivazione del gruppo costituiscono spesso un elemento di partenza credibile per allargare il coinvolgimento ad altre risorse umane. E' però fondamentale avere consapevolezza dei limiti di tale situazione, che può essere utile o necessaria per "partire",

ma che non è, né potrà essere sufficiente per motivare e coinvolgere una base ampia e stabile di personale.

Il Gruppo di Lavoro

La formazione di un “gruppo di lavoro”, responsabile dell'impostazione e del coordinamento del “progetto Carta dei Servizi”, costituisce sicuramente un elemento irrinunciabile per lo sviluppo del progetto stesso. Sarebbe opportuno favorire un'integrazione nel gruppo di lavoro di componenti professionali diverse.

Il gruppo può essere costituito su nomina dei vertici della Struttura Associativa e composto da un numero ristretto di persone, scelte eventualmente sulla base di un'autocandidatura.

Vengono fornite le seguenti indicazioni circa le caratteristiche peculiari di un gruppo di lavoro.

- Limitata numerosità dei partecipanti

Un gruppo troppo numeroso non funziona. Per lavorare bene e produrre risultati i componenti del gruppo devono essere necessariamente pochi. Il numero ideale è di 5-6 persone; in genere è difficile pensare che un gruppo di più di 10 persone riesca a lavorare in modo produttivo. Con un numero maggiore di persone, sarà bene organizzare il loro contributo in sottogruppi coordinati da un team centrale.

- Interdisciplinarietà dei suoi componenti

La forza del gruppo risiede nella complementarietà e varietà degli apporti. Il gruppo inoltre dovrebbe poter rappresentare e dare voce alle diverse realtà e professioni; una composizione sbilanciata rischierebbe di portare ad una visione parziale dei problemi e delle soluzioni.

- Interesse reale e motivazione al tema

Al gruppo dovrebbero partecipare soltanto le persone che possono e vogliono dare un contributo reale e continuo. E' quindi opportuno evitare di coinvolgere nel gruppo chi ha un interesse generico o è mosso da esigenze di “presenzialismo”. Questo tipo di partecipazione finirebbe per intralciare il lavoro degli altri e per rendere difficile lo svolgimento di compiti operativi. Allo stesso modo andrebbe evitato il coinvolgimento permanente di coloro la cui partecipazione è limitata ad un contributo specifico. A queste persone il gruppo potrà chiedere un apporto limitato e momentaneo senza subordinarlo ad una presenza costante.

- Definizione dei ruoli e dei metodi di lavoro

Per funzionare un gruppo ha bisogno di definire in modo sufficientemente chiaro alcuni ruoli, in particolare quello di responsabile del team. Analogamente, ad ogni attività o filone di attività dovrebbe corrispondere l'individuazione di chi si assume la responsabilità di portarla a compimento. Non va dimenticato a questo proposito il principio fondamentale per cui senza una chiara responsabilità è quasi impossibile che le cose siano realizzate. E' inoltre opportuno fare attenzione al metodo con cui il gruppo lavora: modalità di partecipazione, di svolgimento delle riunioni e del lavoro, destinazione delle fasi, eccetera.

- Chiara delega da parte dei vertici

Elemento chiave è la relazione con i vertici della Struttura Associativa e la chiarezza del mandato avuto.

Per lavorare in maniera produttiva, il Gruppo segue un duplice “binario” che lo vede impegnato sia su un compito da realizzare che sulle relazioni tra i partecipanti. Le due strade durante il lavoro spesso si incontrano e la loro efficacia si sviluppa in un rapporto di reciprocità.

Ogni gruppo che lavora sulla Carta dei Servizi è un Gruppo di Lavoro orientato ad un compito; per realizzare il suo compito, il gruppo ha bisogno di un metodo che lo aiuti a percorrere alcune fasi del lavoro, così come ha bisogno di una buona comunicazione tra i

partecipanti, di un buon clima di relazione, in cui ognuno sia capace di ascoltare l'altro e dove ognuno, al di là delle gerarchie formalizzate fuori dal gruppo, diventa risorsa fondamentale nel gruppo attraverso le proprie potenzialità e specificità professionali.

Se il clima di relazione tra i partecipanti non privilegia l'aspetto dell'ascolto e del rispetto del punto di vista dell'altro, può accadere che si incontrino forti difficoltà nel raggiungere un buon livello di produttività; atteggiamenti di critica non costruttiva, di aggressività, di rigidità di pensiero, possono inquinare e bloccare il lavoro del gruppo verso la realizzazione dei suoi obiettivi.

Una buona comunicazione è alla base della ricchezza e della possibilità di realizzare qualcosa che individualmente è impossibile, così come la soddisfazione è alla base della disponibilità ad impegnare le proprie energie, necessarie per favorire la qualità nel lavoro del gruppo.

E' importante partire dal presupposto che nessuno nel Gruppo possiede il punto di vista per eccellenza, quello migliore di altri. La forza del gruppo sta proprio nella possibilità di veder molti punti di vista contemporaneamente; se lo si priva di questo, si toglie al gruppo la sua capacità di essere uno strumento di lavoro per lo sviluppo organizzativo. Bisogna dunque favorire un buon equilibrio tra realizzazione del compito e crescita del confronto democratico tra i partecipanti, nel rispetto degli obiettivi condivisi per il miglioramento dei servizi.

La complessità del processo di attuazione della nostra Carta dei Servizi richiede che vengano fatte scelte precise per quanto riguarda le priorità di attuazione. Tali scelte dovranno tenere conto della situazione esistente, delle principali difficoltà e criticità attuative e delle risorse effettivamente disponibili. Esse andranno definite in un **"piano di lavoro"**.

Nella fase iniziale del progetto vengono coinvolti, generalmente attraverso riunioni, i vertici oltre ai componenti del Gruppo di Lavoro, al fine di chiarire e condividere i principi e gli obiettivi che si intendono raggiungere.

Quindi, il Gruppo di Lavoro elabora il piano di realizzazione della Carta dei Servizi, partendo da un'attenta fotografia e analisi della realtà attuale per verificare gli aspetti organizzativi nonché il clima culturale di contesto, in modo che il processo di introduzione della Carta possa avvenire con gradualità, al fine di evitare conflittualità e contrasti che potrebbero generare differenti forme di rifiuto.

Le informazioni che dovrebbe contenere il piano sono: gli obiettivi che la Struttura Associativa intende raggiungere con la realizzazione della Carta; le azioni e le attività operative (raggruppate in fasi) da intraprendere per il conseguimento degli obiettivi; i ruoli e le responsabilità progettuali; le metodologie da utilizzare; le tempistiche previste; le risorse impegnate. Naturalmente, per l'operatività del piano è necessaria l'approvazione dei vertici. Successivamente all'elaborazione del piano di progettazione sulla Carta dei Servizi in tutte le sue componenti (obiettivi, risultati attesi, attività, responsabilità, metodologie, tempistiche, risorse impegnate) e comunque dopo la sua approvazione, il piano diviene il documento operativo e vincolante con cui verificare il grado di avanzamento del "progetto Carta dei Servizi".

Aspetti e gradi del coinvolgimento del personale

Il primo aspetto del coinvolgimento è costituito dal "far conoscere" al personale il significato, gli obiettivi e i contenuti della Carta dei Servizi. Molto semplicemente: non è possibile essere coinvolti in qualcosa di cui non si ha sufficiente conoscenza o che non si condivide. Per quanto questa affermazione possa apparire ovvia e scontata, nella concreta realtà dei fatti può capitare il caso in cui una parte consistente del personale non è a conoscenza dei contenuti della Carta.

In realtà, l'azione di mettere a conoscenza richiede un significativo impegno da parte della Struttura Associativa, nonché una progettazione, pianificazione e organizzazione delle iniziative mirate a questo fine. Tale azione deve essere costruita come una vera e propria

azione di comunicazione con lo scopo di far sì che il messaggio che si vuole trasmettere giunga effettivamente a destinazione e sia compreso dal personale. In questo senso, non può essere considerato sufficiente limitarsi alla mera distribuzione della Carta, anche se questo è indubbiamente necessario. E' importante individuare e realizzare le modalità più opportune per chiarire non soltanto i contenuti della Carta, ma lo stesso significato che essa ha per l'utenza e per la Struttura e le implicazioni che essa comporta nel modo di lavorare.

L'azione di comunicazione dovrebbe inoltre proporsi lo scopo di pervenire alla massima condivisione dei contenuti, lasciando aperto ogni spazio ai chiarimenti, alle obiezioni e, se possibile, ai contributi del personale.

Ma l'aspetto del "far conoscere" non va limitato soltanto alla fase di avvio della Carta dei Servizi. Per essere realmente coinvolto, il personale ha bisogno di venire costantemente a conoscenza dei risultati ottenuti, dei progressi, dei problemi ancora aperti.

La riunione – nella fase specifica del far conoscere e condividere - è uno strumento particolarmente efficace, se opportunamente pianificato e gestito, per far conoscere e condividere con il personale i contenuti della Carta dei Servizi, ma anche per raccogliere osservazioni e suggerimenti e approfondire le aspettative e i dubbi o le resistenze del personale; va ricordato tuttavia che la gestione di una riunione non è facile, e una riunione mal gestita può essere inutile o controproducente e frustrante. Per questo è necessario che le riunioni siano attentamente preparate e gestite, e che chi dirige la riunione sia riconosciuto come competente e autorevole dai partecipanti. Le riunioni possono essere organizzate per unità organizzative, per categorie professionali ovvero per gruppi misti di personale.

Le finalità di una riunione sui contenuti della Carta dei Servizi sono quelle di informare, cioè di far conoscere sia la normativa che la filosofia della Carta ANFFAS e di mettere a punto, discutere e condividere il relativo piano di realizzazione.

In questa fase è utile che la riunione sia allargata a tutte le componenti che saranno chiamate a partecipare e ad essere rappresentate.

Nella situazione in cui si ha una Carta già predisposta e il problema è di farla conoscere, di sensibilizzare gli operatori sui contenuti al fine di promuovere reali cambiamenti e di aggiornare la Carta per una riedizione, la riunione – che non avrà più solo carattere informativo - dovrà essere tarata sul personale che vi partecipa.

Se non si hanno a disposizione tempo e risorse per riunioni in cui coinvolgere tutti gli operatori e si preferisce, in prima battuta, selezionare il personale da coinvolgere, è opportuno prestare particolare attenzione al criterio di selezione da utilizzare, per evitare che possa comportare rivalità o diffidenze nel personale non coinvolto. Criterio di selezione può essere quello della maggior "esposizione" del personale al rapporto con l'utenza e quello della disponibilità alla partecipazione e al coinvolgimento.

Diviene essenziale la conduzione del gruppo con lo scopo di affermare un clima e un metodo di lavoro fattivi, avendo sempre presente che quando entra in gioco la qualità del proprio lavoro in un gruppo non paritario (chi spiega - chi ascolta) accanto alle resistenze è inevitabile che il personale coinvolto evidenzi e lamenti le difficoltà legate all'impossibilità di avere strumenti e risorse per lavorare meglio.

E' importante che il Gruppo di Lavoro, che avrà convocato la riunione, sia presente nella sua interezza ed è altrettanto importante che riesca a rappresentare la Carta come strumento di ausilio, supporto e miglioramento del proprio modo di lavorare, non come un compito aggiuntivo o un dovere formale.

Il Gruppo potrà preparare una programma degli interventi, decidendo quanto tempo dedicare ai diversi temi da affrontare nel corso della riunione. In questa ottica possono risultare utili i seguenti suggerimenti:

- effettuare la riunione nel luogo di lavoro dei destinatari;
- invitare gli operatori (se preselezionati) con comunicazione diretta, anche di tipo informale ("che avvicin");

- tenere il verbale della riunione, in cui annotare tutte le proposte che dovessero emergere e definire i passi successivi, i tempi e le responsabilità in modo da trasmettere un senso di concretezza e di operatività a tutti i partecipanti (nel caso in cui le richieste non potessero essere soddisfatte, andrà motivata l'impossibilità);
- consegnare copia personalizzata della Carta dei Servizi;
- consegnare con la Carta una scheda di suggerimenti o un questionario di valutazione su alcuni aspetti per i quali è essenziale avere un ritorno ("La Carta è uno strumento utile per il proprio lavoro? E' facilmente consultabile? Quali sono i suoi punti forti o deboli?")
- offrire la possibilità di collaborare attivamente al processo di attuazione della Carta.

Se il punto di forza dello strumento "riunione" è quello del coinvolgimento diretto e partecipato, il punto di debolezza è rappresentato dal forte dispendio di energie e di tempo del Gruppo di Lavoro per realizzare un calendario di riunioni che coinvolga un'ampia parte del personale. Il rischio è di perdere efficacia se il progetto si trascina troppo a lungo nel tempo.

Infine, con uno strumento di questo tipo, il Gruppo diviene canale di raccolta delle istanze degli operatori ed è pertanto indispensabile il continuo sostegno dei vertici della Struttura Associativa alle iniziative e alle richieste da parte del Gruppo medesimo.

Un altro aspetto del coinvolgimento è costituito dal "mettere in grado" il personale di operare in modo coerente con quanto definito dalla Carta dei Servizi in termini di standard, di relazione con gli utenti, di gestione dei reclami, eccetera. Gli impegni definiti e formalizzati nella Carta dei Servizi comportano spesso l'adozione di nuovi comportamenti e di nuovi modi di lavorare e di mettersi in relazione con l'utenza. Il personale deve poter far fronte a queste innovazioni anche acquisendo nuove competenze professionali: il cambiamento preconizzato dalla Carta non è soltanto dipendente dalla volontà, ma spesso anche dal "saper fare". Gestire uno standard, ad esempio, o gestire correttamente un reclamo richiedono competenze professionali "nuove" e diverse da quelle tradizionali di mestiere.

Richiedere al personale di operare in tal senso, senza preoccuparsi di sapere se esso è in grado, finisce per essere frustrante ed essere fortemente controproducente in termini di coinvolgimento per tutti coloro che pur volendo non "possono" partecipare attivamente al cambiamento. Se intende coinvolgere il proprio personale, la Struttura non può quindi prescindere dall'individuare i vincoli tecnici, professionali o organizzativi che impediscono al personale di operare nel modo auspicato e di predisporre le azioni atte a superarli. In molti casi può essere sufficiente intervenire mettendo a disposizione del personale metodi di lavoro e attraverso azioni mirate di formazione o di comunicazione. La formazione è uno strumento fondamentale per l'acquisizione delle nuove competenze professionali necessarie per gestire la Carta dei Servizi: gestione della relazione con gli utenti, gestione degli standard, gestione del reclamo, eccetera. La formazione può essere destinata inizialmente a specifiche categorie professionali o al personale di unità organizzative oppure ad un gruppo limitato di persone fortemente coinvolte nel progetto, cui affidare la responsabilità di diffondere i principi e la cultura ispiratori della Carta dei Servizi, formare a loro volta e coinvolgere operatori della propria o di altre unità organizzative;

Per attuare gli impegni assunti dalla Carta dei Servizi, per poter fornire informazioni, gestire reclami, controllare gli standard, gli operatori hanno bisogno a loro volta di informazioni puntuali e complete unitamente a determinati servizi e strumenti. La Struttura Associativa dovrà individuare quali sono le informazioni e gli strumenti necessari e come fare per rendere ciò disponibile al personale interessato.

La metodologia didattica si allontana sempre più dagli strumenti classici come la "lezione in aula" e si avvicina a metodi che stimolano la partecipazione attiva e la creatività dei partecipanti: lavoro in piccoli gruppi, apprendimento attivo, role-playing, action learning. In questa accezione le attività formative mirano sempre meno ad una trasmissione di

conoscenze (come, ad esempio, dei contenuti della Carta dei Servizi) e sempre di più allo sviluppo di abilità o, in breve, allo sviluppo della qualità delle risorse umane.

Un terzo aspetto e livello del coinvolgimento è costituito dall'effettiva "responsabilizzazione" del personale rispetto ai risultati e alle prestazioni collegate alla Carta dei Servizi. Di fatto la qualità del servizio dipende soprattutto dal comportamento e dal modo di operare del personale. I risultati di servizio saranno tanto maggiori e diffusi quanto più ciascun servizio o reparto sarà in grado di organizzarsi autonomamente per valutare le esigenze dei propri utenti e intervenire di conseguenza e quanto più il risultato ottenuto sarà considerato "proprio" dal personale.

Stimolare e riconoscere la "proprietà" del risultato a coloro che vi contribuiscono costituisce un elemento irrinunciabile di motivazione e di coinvolgimento. Questa realtà va riconosciuta dalla Struttura Associativa attraverso l'attribuzione e la sollecitazione di specifiche responsabilità di risultato alle diverse unità organizzative. Inoltre, sarà opportuno fornire tutte le possibilità per conoscere e valutare i risultati ottenuti in modo da consentire di poter decidere eventuali azioni correttive o di miglioramento. Non vanno tuttavia nascoste le difficoltà che una Struttura può incontrare su questa strada. Non sempre infatti il personale ha una tradizione e un'abitudine alla responsabilizzazione sui risultati. Tale responsabilizzazione può anzi suscitare inizialmente timori e resistenze. Essa va quindi aiutata e stimolata attraverso un'azione di supporto.

Il foglio o la cassetta dei suggerimenti può essere il mezzo di raccolta di suggerimenti, idee, consigli, critiche sul progetto Carta dei Servizi da parte di qualunque operatore. E' una potenziale fonte di stimoli per rifare, innovare e mettere a punto il progetto Carta; è opportuno che a qualsiasi suggerimento non anonimo venga data una risposta diretta e che sia curata l'informazione sulle iniziative intraprese in risposta ai suggerimenti ricevuti; la cassetta dei suggerimenti è uno degli strumenti più utilizzati per migliorare la qualità dei servizi attraverso il diretto coinvolgimento degli operatori. Il presupposto risiede nella consapevolezza che solo il personale, direttamente impegnato nella erogazione di un servizio, può conoscerne a fondo le caratteristiche, l'ambiente o il relativo processo.

Si tratta dunque di un riconoscimento formale e sostanziale delle capacità/abilità maturate dall'operatore, a prescindere dalla propria collocazione nell'organigramma aziendale. I suggerimenti e le idee che provengono dal personale riguardano spesso fatti concreti, che interessano una precisa fase del processo o dell'ambiente nel quale il servizio viene erogato. I contributi possono riguardare il processo e la struttura, con riferimento alle diverse dimensioni della qualità: tecnica, interpersonale, del comfort.

I suggerimenti che investono problematiche più generali o aspetti non immediatamente operativi possono ugualmente essere tenuti in considerazione, come opinioni sulla qualità percepita da parte degli operatori e pertanto utili per il processo di analisi e valutazione della qualità dei servizi.

I contributi raccolti attraverso il foglio/ cassetta dei suggerimenti possono essere distinti in:

- semplici segnalazioni;
- suggerimenti per la risoluzione del problema segnalato;
- osservazioni di carattere generale;
- idee, cioè la capacità di trovare nuove soluzioni (risposte innovative) a problemi definiti oppure di dare risposte giuste a problemi nuovi.

Un presupposto fondamentale per il successo del foglio/cassetta dei suggerimenti è costituito dalla effettiva gestione e riscontro dei suggerimenti da parte della Struttura. La mancanza o la carenza di questo presupposto priverebbe il foglio/"cassetta" di ogni credibilità. E' importante, infatti, che per ogni messaggio, di qualsiasi genere o natura, venga fornita sempre una risposta.

Un ultimo aspetto del coinvolgimento è costituito dal “riconoscimento” del contributo e dei risultati ottenuti dal personale. Ogni individuo o gruppo di individui ha da parte dell'organizzazione a cui appartiene bisogno di un ritorno di informazione che gli consenta di sapere se il suo contributo è apprezzato, è coerente alle aspettative generali, è andato o meno a buon fine. Ciascuno di noi tende a misurare il proprio operato sulla base dei riscontri che ottiene. Il riconoscimento costituisce un indispensabile fattore di rinforzo alla responsabilizzazione. Il personale non deve considerare il risultato del proprio lavoro come una questione “personale”, legata alla propria etica professionale, che trova poco o nessun riscontro nell'organizzazione della propria Struttura Associativa. La percezione prevalente non deve essere quella che il “risultato non conta” e che la Struttura tratti in modo indifferente chi è impegnato per portare risultati e chi invece non sente la necessità di tale impegno.

Per riconoscimento si intende la manifestazione esplicita del valore che viene attribuito al risultato ottenuto. Esso non si identifica quindi con l'incentivo economico e/o di carriera, come invece spesso viene fatto: non rappresentano affatto le uniche modalità di riconoscimento, ma una (sia pur importante) fra le tante a disposizione. La Struttura Associativa ha infatti molte possibilità di manifestare al personale il valore che attribuisce al suo contributo: dalla semplice lettera alla pubblicazione dei risultati, alla loro generalizzazione, all'impiego intelligente dell'esperienza acquisita dai gruppi di lavoro e così via.

CARTA DEI SERVIZI



ANFFAS onlus