

I PROBLEMI DELLA QUALITA' NELLE VARIABILI INTANGIBILI

Guido Contessa - 1991

Merita anzitutto di chiarire quali siano le comunità delle quali si parla. Non ci interessano qui le comunità fraterne, hippies, monacali, cioè tutte quelle fondate sul bisogno di convivere e condividere gli stessi agi e disagi. Queste hanno diritto di organizzarsi come credono, anche nel peggiore dei modi, e nessuno ha il diritto di sindacare. D'altra parte esse non hanno alcun titolo per chiedere sostegni economici, se non di marca puramente assistenziale (come qualsiasi altra famiglia bisognosa), nè tanto meno convenzioni per gestire servizi.

Le comunità che ci interessano qui sono quelle che si propongono come "servizi per il cambiamento intenzionale e programmato di terzi"; quelle cioè che si costituiscono fra persone il cui scopo dichiarato è quello di aiutare altre persone, sancendo una precisa demarcazione fra fondatori-operatori e utenti-fruitori.

Il discrimine fra i due tipi di comunità è la distribuzione del potere: formalmente uguale nelle comunità di convivenza, formalmente diseguale nelle comunità di cambiamento. Nelle prime le decisioni sono prese o dai singoli individui o dall'intera comunità secondo il principio "una testa un voto". Nelle seconde le decisioni (o almeno molte di esse) sono prese dal sottogruppo degli operatori.

Le comunità di cambiamento hanno il diritto di chiedere finanziamenti e convenzioni dal momento che prestano un servizio sociale, ma tale diritto non può che essere sottoposto al dovere di offrire garanzie come contropartita. Qui si apre il problema degli standards di qualità. La natura delle comunità di cambiamento le assimila ad altre organizzazioni socialmente consolidate come gli ospedali, le scuole, gli istituti assistenziali per minori.

Nessuno si sognerebbe di accettare che gli unici standard di qualità richiesti per l'apertura di un ospedale o di una scuola fossero i metri quadrati per utente o il numero dei bagni. Questo perché tali organizzazioni hanno il loro punto di forza in variabili immateriali.

Tanto è vero che è possibile fare ottimi ospedali da campo o stupende scuole nella savana (dove gli elementi materiali sono assai precari) purchè vi siano elevati standard nel personale e nei processi di produzione e fornitura dei servizi (variabili intangibili). Nessuno manderebbe il proprio figlio in una scuola fondata sulla segretezza delle procedure e sul volontariato o l'obiezione di coscienza. Così come nessuno si farebbe curare in un ospedale dove i chirurghi fossero privi di apposito titolo e le cure tenute nel mistero o nell'indeterminazione, senza controlli, senza cartelle cliniche, procedure mediche documentabili e confutabili.

Questo è invece ciò che avviene oggi, per le comunità residenziali per ex-tossicodipendenti o per altre categorie a disagio. In nome di una equivoca "libertà di trattamento ed assistenza", le comunità residenziali oggi nascono ed esigono riconoscimenti e finanziamenti pubblici, raccolgono offerte in beneficenza, ricevono utenti inviati dalle loro famiglie o dai servizi territoriali, senza dover corrispondere ad alcuno standard o controllo di qualità sulle variabili intangibili. Esse possono fare uso di personale senza alcuna qualifica, possono ricorrere a trattamenti inventati, sono libere da controlli sui risultati dei trattamenti, non sono vincolate ad alcun onere di trasparenza né amministrativa né terapeutico-rieducativa.

Nelle scuole e negli ospedali esiste una forma di partecipazione sociale, esiste l'obbligo di ricorrere a personale appositamente qualificato gestendolo secondo norme sindacali, ed esiste il dovere di registrare e rendere consultabili procedure e piani di lavoro, nonché risultati. Nelle comunità residenziali tutto ciò è opzionale e per lo più inesistente.

I motivi di una simile situazione sono tanti, ma vale la pena di segnalarne uno vistosissimo. In fondo la società non chiede alle comunità altro che un servizio di separazione e segregazione del tossicodipendente, dell'handicappato, del malato di mente. I finanziamenti ed i riconoscimenti non sono legati ad esiti di cambiamento (guarigione, rieducazione, reinserimento) che vengono in concreto percepiti come risultati accessori e casuali. Al contrario essi sono legati alla semplice custodia, per cui la qualità degli operatori, la trasparenza, la formalizzazione delle procedure, sono di importanza secondaria.

Parlare di standard di qualità per le comunità residenziali significa passare da una concezione meramente custodialistica ad una terapeutico-rieducativa: cioè da un servizio conservativo ed emarginante ad un servizio per il cambiamento. Il problema, da più parti capziosamente sollevato, della libertà di trattamento ed assistenza è risolvibile in modo molto semplice come è già avvenuto per scuole e ospedali che rispondono a standard di qualità pur godendo di una sufficiente libertà ideologica. La soluzione sta nel distinguere fra "contenuto" e "contenitore". La libertà assegnata a scuole e ospedali, che può essere concessa anche alla comunità, è quella che riguarda il contenuto e il metodo. Malgrado esistano una legislazione scolastica ed una ospedaliera, ogni insegnante e ogni medico hanno grande libertà nell'interpretare il concetto di istruzione e quello di salute, variando i contenuti e i metodi del loro lavoro. I vincoli che lo Stato impone a scuole e ospedali, pubblici o privati, cattolici o laici, riguardano gli elementi "contenitore": qualità e tutela del personale, trasparenza amministrativa ed operativa, diritti degli utenti, controllo pubblico e partecipazione sociale. Il dibattito sulla unificazione dei metodi di trattamento nelle comunità non ha alcun senso giuridico o scientifico, ed in tal senso fanno bene le comunità ad opporsi a questa ipotesi. Non ha senso giuridico, in quanto la libertà professionale è un diritto intangibile; non ha senso scientifico in quanto, per esempio, in campo terapeutico sono stati censiti 255 tipi di psicoterapie diverse, ciascuna delle quali con a monte un diverso concetto di salute (ed uguale diversità esiste nel settore pedagogico). Laddove invece la libertà non può essere concessa, è negli standard minimi di "contenitore", che sono la prima garanzia della qualità. La proposta allegata, tratta dal libro "PRIGIONI, MONASTERI, FABBRICHE", elenca un numero di standard relativi alle variabili intangibili, che possono essere richiesti in presenza di qualunque filosofia terapeutica o educativa. Essa lascia dunque inalterata la libertà ideologica delle diverse comunità garantendo nel contempo la società dagli abusi o dalle inefficienze più macroscopiche. E' fin troppo frequente l'apparizione sui giornali di denunce circa le condizioni di vita di handicappati o anziani reclusi in veri e propri lager; né abbiano dimenticato che il vocante Muccioli è stato condannato per uso scorretto di metodi di contenimento. Credo che simili casi sarebbero assai più rari se per tutte le comunità residenziali si applicassero gli standard che suggerisco.

La proposta allegata va letta con tre attenzioni. La prima è che si tratta di standard minimi, il che significa che nulla vieta alle comunità più professionalmente orientate di andare anche oltre, in direzione di una sempre maggiore libertà. La seconda è che gli standard non vanno considerati come un sistema per punire o inibire, ma come obiettivo da raggiungere e una meta verso cui dirigere tutte le comunità mediante aiuti e sostegni concreti. La terza è che nessuno standard regge in assenza di una autorità che ne controlli e ne valuti l'applicazione. La Regione non può limitarsi al controllo di standard materiali, né può limitarsi alla registrazione-descrizione formale degli standard intangibili. Se si vuole che le comunità passino da una logica assistenziale-custodialistica ad una logica del cambiamento e dei risultati, occorre che la Regione si doti di strumenti e persone capaci di valutare in senso sostanziale gli standard di qualità.

Gli standard possono essere anche letti come i diritti minimi degli utenti e delle loro famiglie.

La prima categoria di diritti che utenti e famiglie hanno diritto a vedersi riconosciuti è quella della trasparenza. Con tale termine intendiamo la massima pubblicità possibile, pur nel rispetto della riservatezza professionale, della vita interna e dei metodi usati. Con tale pubblicità intendiamo sia l'accesso di utenti e famiglie a tutte le informazioni prima, durante e dopo il trattamento, sia la partecipazione della realtà circostante (territorio, ente locale, ricercatori). Il metodo di lavoro, il regolamento, l'organizzazione interna, il sistema di sanzioni, il metodo di valutazione dei risultati, devono essere pubblici e consultabili, così come i trattamenti terapeutico-rieducativi individualizzati ed i programmi giornalieri di attività. Tale pubblicizzazione, da una parte spinge la comunità a sistematizzare e formalizzare il lavoro, dall'altra consente a utenti, famiglie e territorio di conoscere il servizio ed, eventualmente, criticarlo in parte o in toto.

Inoltre, occorre legare il progetto della comunità alla responsabilità di un professionista, pubblico o privato, il quale risponda ad un Albo professionale in grado di sindacare sugli aspetti etici e ad una comunità scientifico-professionale capace di criticare gli aspetti qualitativi.

Infine, la pubblicizzazione deve prevedere un Comitato di Garanti che riproduca gli aspetti della gestione partecipata già in vigore nell'ordinamento scolastico o sanitario. Tale Comitato avrebbe la duplice funzione di garantire il territorio circa la qualità etica e professionale del lavoro svolto in comunità e di garantire gli utenti ed i loro familiari dagli abusi e dalle inefficienze possibili.

La seconda categoria di diritti che spettano agli utenti e alle loro famiglie riguarda la professionalità degli operatori. Utenti e famiglie hanno diritto a che ogni comunità residenziale abbia un responsabile, precisamente individuato e in possesso di adeguati requisiti morali e professionali. Essi hanno diritto ad avere operatori professionali retribuiti e qualificati. Nessuno oggi manderebbe i figli in una scuola dove i docenti fossero volontari, senza un titolo di studio e sottopagati. Nessuno andrebbe in un ospedale dove i medici fossero studenti, obiettori o geometri. Eppure oggi l'Italia chiede a famiglie e utenti di andare a vivere due o tre anni in una comunità dove non esiste l'obbligo di professionalità e retribuzioni. La gran parte delle comunità italiane si fondano su personale volontario, sottopagato e privo di qualifica. Definire scandalosa la miopia politica delle Regioni che, pur avendo la delega alla Formazione Professionale, si occupano di antennisti e macellai ma non provvedono a qualificare operatori di comunità, è il minimo.

Infine, utenti e famiglie hanno il diritto di fruire di prestazioni di operatori sani di mente e freschi di corpo. Questo implica che le comunità debbano prevedere sistemi di aggiornamento e supervisione nel corso dell'anno e in ambienti diversi dalla comunità, onde evitare rischi di indottrinamento ideologico e chiusura settaria. E significa anche che occorre fissare uno standard di ore lavorative massime alla settimana, per evitare che la sindrome del burn-out colpisca gli operatori nel giro del primo biennio di servizio. Ecco il senso della nostra proposta.

Per concludere con un invito alla Regione a controllare gli standard minimi delle variabili materiali ma anche delle variabili intangibili.

Una comunità residenziale con qualche muro scrostato e un numero di bagni inferiore agli standard, può essere un vero servizio di recupero se rispetta gli standard minimi sopra elencati. Al contrario, una comunità in regola con le variabili materiali ma scadente sul piano di quelle intangibili, sarà solo un lager di lusso.