

Un processo decisionale per la valutazione dell'efficacia di strategie per l'inclusione sociale delle persone con disabilità

Michela Di Primio
Assistente Sociale
diprimiomichela@virgilio.it

Sunto

Si analizzano le problematiche delle persone con disabilità in Italia e le possibili strategie per la loro inclusione sociale. Successivamente si presenta una procedura analitica gerarchica per mettere a fuoco gli obiettivi e i criteri per affrontare tali problematiche. Infine si presenta un quadro di alternative sostenibili e si presenta un generale processo decisionale per l'analisi della validità delle varie alternative. Fra le possibili scelte per l'attribuzione di pesi e punteggi si evidenzia l'efficacia del Analytic Hierarchy Process (AHP) di Thomas L. Saaty basato su interviste e confronti a coppie.

Parole chiave: disabilità, inclusione sociale, Procedura AHP per le decisioni.

1. Una nuova parola d'ordine: inclusione. La Convenzione delle Nazioni Unite delle persone con disabilità

Il 3 dicembre 2015 si è celebrata la Giornata Internazionale delle Persone con Disabilità, dedicata al seguente tema: "Questioni di inclusione: accesso ed empowerment per le persone con tutte le abilità". Si tratta di una materia, quella dell'inclusione, sempre presente e di fondamentale importanza quando si parla di disabilità.

Il termine "inclusione", infatti, è diventato negli ultimi anni la parola d'ordine, grazie soprattutto alla Convenzione dell'ONU sui diritti delle

persone disabili, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006 e ratificata in Italia con la Legge 3 marzo 2009, n. 18.

Tale Convenzione rappresenta un punto di riferimento fondamentale per la materia della disabilità e si prefigge lo scopo di “promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità” (Convenzione ONU 2006, art.1, comma 1), laddove per “persone con disabilità si intendono coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri” (Ibidem, comma 2).

Dunque, la disabilità è la condizione di coloro che a causa di una menomazione, cioè di un danno organico e/o funzionale, subiscono una perdita in termini di capacità operative, la quale può generare forme di esclusione sociale nella vita quotidiana.

L'inclusione sociale, inoltre, è uno dei principi generali su cui si basa la Convenzione dell'ONU. Questi principi sono:

- a) *“il rispetto per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte, e l'indipendenza delle persone;*
- b) *la non discriminazione;*
- c) *la piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società;*
- d) *il rispetto per la differenza e l'accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità stessa;*
- e) *la parità di opportunità;*
- f) *l'accessibilità;*
- g) *la parità tra uomini e donne;*
- h) *il rispetto dello sviluppo delle capacità dei minori con disabilità e il rispetto del diritto dei minori con disabilità a preservare la propria identità” (Ibidem, art. 3).*

L'articolo 19 invece è proprio dedicato alla vita indipendente e all'inclusione nella società, recitando quanto segue:

“Gli Stati Parti alla presente Convenzione riconoscono il diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone, e adottano misure efficaci ed adeguate al fine di facilitare il pieno godimento da parte delle persone con disabilità di tale diritto e la loro piena integrazione e partecipazione nella società, anche assicurando che:

- a) *le persone con disabilità abbiano la possibilità di scegliere, su base di uguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere e non siano obbligate a vivere in una particolare sistemazione;*

Un processo decisionale per la valutazione dell'efficacia di strategie per l'inclusione sociale delle persone con disabilità

b) *le persone con disabilità abbiano accesso ad una serie di servizi a domicilio o residenziali e ad altri servizi sociali di sostegno, compresa l'assistenza personale necessaria per consentire loro di vivere nella società e di inserirvisi e impedire che siano isolate o vittime di segregazione;*

c) *i servizi e le strutture sociali destinate a tutta la popolazione siano messe a disposizione, su base di uguaglianza con gli altri, delle persone con disabilità e siano adattate ai loro bisogni” (Ibidem, art.19).*

Includere, quindi, significa poter essere cittadini a tutti gli effetti, essere partecipi e coinvolti nelle scelte al pari degli altri. Non vuol dire negare la presenza di una o più menomazioni e di una disabilità, ma significa spostare il focus dell'attenzione dalla persona al contesto, in modo da rimuovere gli ostacoli in esso presenti e permettere a tutti, in egual misura, la piena partecipazione nella vita sociale.

Tale approccio abbracciato dall'ONU è stato prima ancora sancito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che nel 2001, attraverso l'ICF (International Classification of Functioning), ovvero la Classificazione dello stato di salute, ha realizzato il passaggio da un modello medico che classificava la disabilità soltanto sulla base di fattori organici, come accadeva nel precedente ICIDH (International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps) del 1980, a un modello bio-psico-sociale che prende in considerazione anche i fattori contestuali, vale a dire quelli relativi all'ambiente fisico-sociale e ai fattori personali.

2. Lo stato di attuazione dell'art. 19 della Convenzione ONU in Italia

Secondo il Rapporto dettagliato sulle misure adottate dall'Italia per adempiere ai propri obblighi (di cui all'art. 35 della Convenzione), *“Per quanto concerne la vita indipendente e l'inclusione nella società la legislazione italiana è abbastanza avanzata e copre parte rilevante degli obblighi sanciti all'art. 19 della Convenzione”* (Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, 2012, p. 19).

A tal proposito, si ricorda innanzitutto la Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate del 5 febbraio 1992, n. 104 che tra le finalità elencate nell'articolo 1 prevede: di garantire *“il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia”* (L. n. 104/92, art. 1, comma 1), di prevenire e rimuovere *“le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita*

della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali” (Ibidem) e di predisporre “*interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale*” (Ibidem).

In particolare, l’articolo 8 elenca i mezzi attraverso i quali realizzare l’inserimento e l’integrazione delle persone con disabilità, tra cui si ricordano: gli “*interventi di carattere socio-psico-pedagogico, di assistenza sociale e sanitaria a domicilio, di aiuto domestico e di tipo economico*” (Ibidem, art. 8, comma 1), i “*servizi di aiuto personale*” (Ibidem), la rimozione di “*barriere fisiche e architettoniche*” (Ibidem), l’“*adeguamento delle attrezzature e del personale dei servizi educativi, sportivi, di tempo libero e sociali*” (Ibidem), le “*misure atte a favorire la piena integrazione nel mondo del lavoro*” (Ibidem), l’“*organizzazione e sostegno di comunità alloggio, case-famiglia e analoghi servizi residenziali inseriti nei centri abitati per favorire la de istituzionalizzazione*” (Ibidem) e l’“*istituzione o adattamento di centri socioriabilitativi ed educativi diurni, a valenza educativa, che perseguano lo scopo di rendere possibile una vita di relazione*” (Ibidem).

Anche la Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali n. 328/2000, all’articolo 14 disciplina la predisposizione di progetti individuali, al fine di “*realizzare la piena integrazione delle persone disabili*” (L. n. 328/2000, art. 14, comma 1) che prevedano servizi, prestazioni e misure economiche volte a favorire la piena integrazione sociale e quindi a superare situazioni di emarginazione ed esclusione sociale. L’articolo 22, inoltre, elenca tra i livelli essenziali delle prestazioni:

- le “*misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana*” (Ibidem, art. 22, comma 2);
- gli “*interventi per la piena integrazione delle persone disabili*” (Ibidem) e la creazione di “*centri socio-riabilitativi*” (Ibidem) e “*comunità-alloggio*” (Ibidem), di “*servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie*” (Ibidem);
- gli “*interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l’inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l’accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell’autonomia, non siano assistibili a domicilio*” (Ibidem).

La determinazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni, in seguito alla Legge Costituzionale n. 3/2001, spetterebbe allo Stato, tuttavia essi, non essendo

Un processo decisionale per la valutazione dell'efficacia di strategie per l'inclusione sociale delle persone con disabilità

stati definiti, sono stati applicati lo stesso da alcune Regioni che le hanno introdotte in modalità diverse nei propri territori.

Agli enti territoriali, invece, compete garantire *“l'accesso ai servizi, siano essi a domicilio, residenziali o altri servizi sociali di sostegno”* (Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, 2012, p. 21), però, *“l'accesso per le PcD¹ non è, in Italia, riconosciuto come un diritto esigibile bensì si tratta di una possibilità condizionata alla disponibilità dei finanziamenti pubblici”* (Ibidem).

A tal proposito, i dati Eurostat del 2009 evidenziano che la spesa destinata alle persone con disabilità *“è pari in Italia all'1,7% del PIL, rispetto ad una media europea del 2,3%”* (Ibidem). Pertanto, le politiche pubbliche rivolte alle persone con disabilità in Italia sono *“sottofinanziate, con particolare riferimento ai servizi erogati, a volte carenti, a fronte, in ogni caso, di trattamenti monetari garantiti a tutti”* (Ibidem).

Inoltre, il Fondo nazionale per le politiche sociali, previsto dalla L. 328/2000 ha subito negli anni un notevole ridimensionamento fino ad essere quasi azzerato. Tuttavia, dal 2007 è stato istituito il Fondo nazionale per le non autosufficienze, *“finalizzato alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti”* (Ibidem).

Ci sono poi delle Regioni che *“hanno istituito sistemi di finanziamento per interventi volti a favorire la vita indipendente e l'inclusione nella società delle persone con disabilità. Tuttavia, le normative regionali per la loro attuazione sono sovente condizionate alla disponibilità finanziaria e possono presentare aspetti di discriminazione allorquando individuano come destinatari esclusivamente persone con disabilità fisica e sensoriale ed escludendo le persone con disabilità psichica o intellettiva”* (Ibidem, pag. 22).

La misura principale di finanziamento pubblico di responsabilità statale resta comunque l'indennità di accompagnamento prevista dalla Legge n. 18/80, rivolta alle persone con disabilità che presentano una inabilità accertata del 100% e che quindi necessitano di un'assistenza continua.

Infine, rispetto alla libertà di scelta della propria residenza e dove e con chi vivere, secondo il Rapporto manca una normativa che ne faccia diretto riferimento e, nonostante la Legge n. 180/78 abbia disposto la chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici, esiste uno studio del 2008 che *“mostra che in Italia l'asse portante delle politiche per la residenzialità per gli adulti con disabilità, in particolare con disabilità intellettiva grave, è l'istituzionalizzazione in servizi con oltre 30 posti, che rappresentano l'86% dell'offerta, di cui quasi la metà (46%) in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), dove non vengono attuati percorsi finalizzati a superare la condizione di isolamento o la segregazione. Le soluzioni alternative (case famiglia, piccole*

¹ Persone con Disabilità.

comunità alloggio), rappresentano il 3,7% del totale dei servizi residenziali per adulti con disabilità e a causa della minore entità delle rette che non consentono un sostegno intensivo, sono per lo più accessibili solo alle persone con disabilità moderata o lieve” (Ibidem, pagg. 22-23).

Alla luce di quanto detto, quindi, si può affermare che in Italia, sebbene la normativa nazionale dedicata all’inclusione sociale delle persone con disabilità sia abbastanza ricca, si riscontra una difficoltà a livello territoriale di applicazione della stessa, dovuta principalmente a carenze di risorse finanziarie.

3. Modellizzazione del problema con un processo decisionale analitico gerarchico

Si ipotizzi ora di dover progettare un servizio per persone con disabilità e di dover valutare quale fra le possibili misure sia quella più efficace per favorire l’inclusione sociale, tenendo presente la situazione di scarsità di risorse economiche. Si costruisce, pertanto, un quadro di obiettivi da raggiungere e di alternative sostenibili con il vincolo finanziario, usando un *procedimento analitico gerarchico* (T. L. Saaty, *The Analytic Hierarchy Process*, 1980) per la valutazione degli obiettivi nonché dei criteri che concretizzano tali obiettivi.

Si parte, quindi, dall’individuazione dell’obiettivo generale (OG) che in questo caso è il seguente: *favorire l’inclusione sociale e la vita indipendente delle persone con disabilità*. L’obiettivo generale poi viene suddiviso nei seguenti obiettivi specifici (O):

- O1= *Soddisfare il diritto delle persone con disabilità di vivere nella società con la stessa libertà di scelta delle altre persone;*
- O2= *Ridurre l’isolamento e la segregazione delle persone con disabilità;*
- O3= *Favorire il libero accesso ai servizi e alle strutture destinate alla popolazione generale.*

Si prosegue con l’elenco di alternative sostenibili (A), vale a dire delle possibili misure da progettare:

- A1= *Creazione di un centro diurno;*
- A2= *Attivazione di un servizio di assistenza domiciliare;*
- A3= *Attivazione di un servizio di assistenza domiciliare integrata;*
- A4= *Progettazione di interventi di sollievo residenziale;*
- A5= *Costruzione di residenze sanitarie assistenziali (RSA);*
- A6= *Creazione di una comunità alloggio;*
- A7= *Realizzazione di convivenze guidate;*
- A8= *Ideazione di gruppi appartamento;*
- A9= *Progettazione di borse lavoro per l’inserimento lavorativo.*

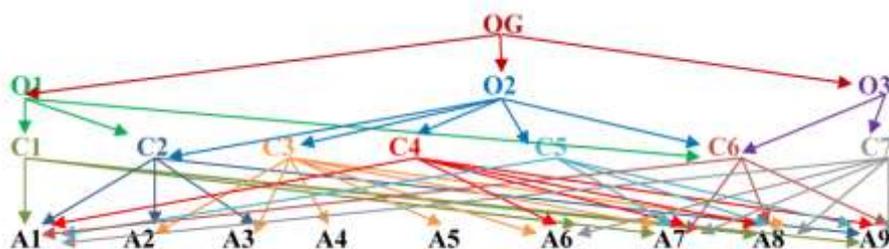
Un processo decisionale per la valutazione dell'efficacia di strategie per l'inclusione sociale delle persone con disabilità

Infine, per definire in maniera analitica i punteggi in cui le alternative soddisfano gli obiettivi, ognuno di questi ultimi viene spiegato attraverso dei criteri (C) che costituiscono delle quantità verificabili. Essi sono:

- C1= *Livello di autodeterminazione ed empowerment promosso;*
- C2= *Capacità di soddisfare il diritto di scegliere il luogo di residenza e dove e con chi vivere;*
- C3= *Accesso ai servizi a domicilio o residenziali e ad altri servizi sociali di assistenza personale;*
- C4= *Capacità di favorire la socializzazione e la partecipazione alla vita della collettività;*
- C5= *Promozione di una cultura inclusiva della disabilità, non stigmatizzante ed isolante;*
- C6= *Capacità di promuovere l'autonomia della persona con disabilità;*
- C7= *Adeguamento dei servizi e delle strutture ai bisogni delle persone con disabilità.*

Di seguito, si costruisce un grafo orientato che modella il problema suddiviso in quattro livelli:

1. Al livello 1 c'è l'obiettivo generale OG. Escono 3 archi del grafo da OG ciascuno avente come secondo estremo un obiettivo specifico;
2. Al livello 2 ci sono gli obiettivi specifici. Da ogni obiettivo specifico escono archi ciascuno avente come secondo estremo un criterio;
3. Al livello 3 ci sono i criteri che sono più pratici e che definiscono implicitamente gli obiettivi specifici. Da ogni criterio escono archi che collegano i criteri alle alternative sostenibili;
4. Al livello 4 ci sono le alternative sostenibili.



4. Le procedure per assegnare pesi e punteggi al modello

Una volta costruito il modello si pone il problema di assegnare dei pesi agli archi del grafo orientato che rappresenta il modello (Maturò, Ventre, 2009a, 2009b; Maturò, Contini, 2012; Ventre, Ventre 2012).

Si affida il problema ad una commissione di esperti che, per mezzo di interviste e con una procedura razionale, attribuiscono i pesi rispettando i seguenti vincoli:

- (1) Ogni peso è un numero reale non negativo;
- (2) La somma dei pesi degli archi uscenti da un vertice del grafo orientato deve essere uguale ad 1.

Si ottengono quindi:

- Un vettore riga $W_O = [w_1, w_2, w_3]$ dei pesi degli archi che collegano gli obiettivi all'obiettivo generale;
- Una matrice $K = [k_{ij}]$, con 3 righe e 7 colonne, in cui l'elemento k_{ij} è il peso attribuito all'arco che collega l'obiettivo O_i al criterio C_j ;
- Una matrice $A = [a_{rs}]$, con 7 righe e 9 colonne, in cui l'elemento a_{rs} è il peso dell'arco che congiunge il criterio C_r con l'obiettivo A_s .

Ottenuti i pesi degli archi si ottengono con semplici calcoli i pesi dei cammini, ossia delle successioni di archi consecutivi, ed i pesi dei vertici.

Infatti:

- il peso di un cammino del grafo è definito come il prodotto dei pesi degli archi che formano il cammino;
- il peso di un vertice V del grafo è la somma dei pesi dei cammini che vanno dall'obiettivo generale al vertice V .

In particolare il peso di ciascuna alternativa A_i , detto *punteggio* di A_i , e indicato con $P(A_i)$, rappresenta la misura in cui l'alternativa A_i soddisfa l'obiettivo generale.

Indichiamo con W_K il vettore riga dei pesi dei criteri e con $W_A = [P(A_1), P(A_2), \dots, P(A_9)]$ il vettore riga dei pesi delle alternative. Utilizzando il calcolo matriciale, eseguendo le moltiplicazioni riga per colonna, si ottiene:

$$W_K = W_O K, \quad W_A = W_K A.$$

Il metodo più usato per l'assegnazione dei punteggi degli archi è il metodo Saaty del confronto a coppie (Saaty 1980). Se V è un vertice del grafo e F_1, F_2, \dots, F_n sono i secondi estremi degli archi uscenti da V , il metodo Saaty consiste nel costruire dapprima la matrice M_V , con n righe e n colonne, del

Un processo decisionale per la valutazione dell'efficacia di strategie per l'inclusione sociale delle persone con disabilità

confronto a coppie dei vertici F_1, F_2, \dots, F_n rispetto a V e nell'ottenere da tale, con assegnati procedimenti matematici, il vettore dei pesi degli archi (V, F_i) .

La matrice del confronto a coppie è costruita attribuendo un giudizio qualitativo a ciascuna coppia (F_i, F_j) . Tramite interviste, se F_i è giudicato preferibile a F_j si chiede di esprimere uno dei seguenti giudizi: un po' preferibile, preferibile, molto preferibile, decisamente preferibile. Si attribuisce poi la seguente scala numerica:

- equivalente = 1
- un po' preferibile = 3
- preferibile = 5
- molto preferibile = 7
- decisamente preferibile = 9

Se invece F_j è giudicato preferibile a F_i , si attribuisce alla coppia (F_i, F_j) il reciproco del valore assegnato alla coppia (F_j, F_i) .

5. Conclusioni e prospettive di ricerca

La commissione di esperti, al termine del suo lavoro, restituisce agli amministratori il vettore $W_A = [P(A_1), P(A_2), \dots, P(A_9)]$ dei punteggi delle alternative, affinché gli amministratori ne tengano conto per le loro decisioni.

Per rendere i risultati più leggibili tutti i pesi sono moltiplicati per 100.

Supponiamo, per fissare le idee, che venga presentato il vettore:

$$100 W_K = [10, 12, 18, 5, 13, 20, 2, 9, 11].$$

Gli amministratori realizzano che le alternative A_3 e A_6 sono le preferibili, mentre le A_4 e A_7 sono deludenti.

Gli amministratori devono tener conto di vari aspetti politici e sociali, oltre ai possibili margini di errore di valutazione da parte della commissione, per cui non necessariamente scelgono l'alternativa A_7 con punteggio massimo, ma possono preferire la A_3 . Inoltre se pensano che una alternativa con un punteggio medio, ad esempio la A_5 , con punteggio 13, nasca da una buona idea, possono cercare di migliorare la descrizione e la portata della alternativa A_3 e presentare di nuovo il problema alla commissione per un aggiornamento dei punteggi alla luce dei miglioramenti effettuati.

Bibliografia

AA.VV., (2005), *Counseling individuale e disabilità: dimensioni per l'inserimento lavorativo*, Edigrafital s.r.l., Teramo.

Commissione Europea, (2007), *Inclusione dei disabili. Strategia europea per la parità delle opportunità*, 2007.

Istat, (2010), *La Disabilità in Italia. Il quadro della statistica ufficiale*.

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, (2009), *La convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*.

Organizzazione Mondiale della Sanità, (2001), *ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*.

Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, (2012), *Treaty – Specific Document*.

Maturo A., Contini R.M, (2012) *Formalization of models and strategies for diversity management in a multiethnic and multicultural school*, in Bell and al. Eds, *Higher Education Management and Operational Research*, Sense Publisher, Rotterdam,

Maturo, A., Ventre, A.G.S. (2009a). *An Application of the Analytic Hierarchy Process to Enhancing Consensus in Multiagent Decision Making*, *Proceeding of the International Symposium on the Analytic Hierarchy Process for Multicriteria Decision Making*, July 29- August 1, 2009, paper 48, 1-12. Pittsburgh: University of Pittsburg.

Maturo, A., Ventre, A.G.S. (2009b). *Aggregation and consensus in multi objective and multi person decision making*. *International Journal of Uncertainty, Fuzziness and Knowledge-Based Systems* vol.17, no. 4, 491-499.

Ventre A.G.S., Ventre V., (2012), *La decisione. Comportamenti e scelte razionali dell'individuo*, Liguori Editore, Napoli.

Saaty T. L., (1980), *The Analytic Hierarchy Process*, McGraw-Hill, New York.

Riferimenti normativi

Convenzione delle Nazioni Unite delle persone con disabilità, 2006.

Legge 5 febbraio 1992, n. 104 e successive modificazione “*Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*”.

Legge 12 marzo 1999, n. 68 “*Norme per il diritto al lavoro dei disabili*”

Legge 8 novembre 2000, n. 328 “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”.

Legge 3 marzo 2009, n. 18 “*Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell’Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità*”.