

**Centri Diurni e residenziali nell'area "psicopatologia dell'età evolutiva"  
nella delibera 1011/2013 sui servizi sociosanitari  
La riflessione necessaria**

La delibera 1011/2013, [Marche. Servizi socio sanitari. Definizione standard e tariffe](#), della regione Marche all'interno dell'area **disabilità** prevede la realizzazione di centri diurni e residenziali rivolti nel primo caso a "minori e adolescenti con quadro psicopatologico", nel secondo a minori affetti da "disturbi del comportamento o da patologie di interesse neuropsichiatrico".

Si tratta, evidentemente, di un ambito molto delicato nel quale è fondamentale la forte integrazione di diverse discipline: pedagogiche, psicologiche, neuropsichiatriche.

Ed è proprio la delicatezza del settore insieme alla tipologia di interventi (diurno e residenziale) che induce la necessità di una approfondita riflessione<sup>1</sup>.

C'è da augurarsi, anche se qualche perplessità visti altri contenuti della delibera è più che legittima, che quanto previsto (vedi la tabella ripresa dalla dgr 1011) sia il frutto di un adeguato percorso di riflessione, approfondimento e confronto tra soggetti che conoscono le problematiche affrontate.

Area Psicopatologia Età Evolutiva				
Livello intensità riabilitativa	Profilo	Codice Livello intensità assistenziale	Standard assistenziali	Note applicative
RD2	Prestazioni diagnostiche, terapeutiche-riabilitative e socio-educative- riabilitative in regime residenziale a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico	Codice RD2.1 Livello terapeutico – riabilitativo	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Medico (NPI o Psichiatra con comprovata esperienza nell'ambito dell'età evolutiva): 10 min/paz/die</li><li>▪ Psicologo: 60 min/paz/die</li><li>▪ Educatore: 80 min/paz/die</li><li>▪ Infermiere: 50 min/paz/die</li><li>▪ OSS: 40 min/paz/die</li></ul>	
		Codice RD2.2 Livello socio-educativo-riabilitativo	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Medico (NPI o Psichiatra con comprovata esperienza nell'ambito dell'età evolutiva): 4 min/paz/die</li><li>▪ Educatore: 140 min/paz/die</li><li>▪ Psicologo: 8 min/paz/die</li></ul>	Tale livello si può configurare anche quale supporto assistenziale sanitario per una quota parte degli ospiti delle Comunità di accoglienza per Minori della L.R.20/2002. In tal caso verrà garantito dall'ASUR un supporto assistenziale pari a 70min/paz/die di educatore sanitario e 8 min/paz/die di psicologo (tramite fornitura diretta del personale o rimborso equivalente da valorizzare al costo del contratto dichiarato dal gestore).
SRDis	Prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio educative nell'ambito di un progetto individualizzato, in regime semiresidenziale per minori/adolescenti con un quadro psicopatologico.	Codice SRDis2	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Medico (NPI o Psichiatra con comprovata esperienza nell'ambito dell'età evolutiva): 10 min/paz/die</li><li>▪ Psicologo: 10 min/paz/die</li><li>▪ Educatore: 120 min/paz/die</li><li>▪ Infermiere: 10 min/paz/die</li><li>▪ OSS: 10 min/paz/die</li></ul>	

Per parte nostra mettiamo sul campo alcune domande e riflessioni.

Per gli obiettivi di questa scheda (porre l'attenzione al tema), non è molto importante una disamina di tipo normativo (nazionale e regionale) se non per collocare la tipologia di

<sup>1</sup> Ringrazio per le osservazioni al testo Vittorio Ondedei, Giuseppe Forti, Giorgia Sordani, Gloria Gagliardini.

servizio. Ciò che appare rilevante è invece capire quali sono gli obiettivi, chi "deve servire", e in quale area si colloca (disabilità, salute mentale).

Il **quadro normativo nazionale**, non appare caratterizzato da chiarezza, se lo stesso documento della Commissione nazionale sui LEA, <http://www.grusol.it/apriInformazioni.asp?id=1011>, dichiara di tentare di interpretare le indicazioni del Dpcm 29.11.2001, **Decreto sui livelli essenziali di assistenza (Conferenza Stato Regioni del 22.11.2001)**, nella parte riguardante le "prestazioni diagnostiche e terapeutiche a minori affetti da disturbi comportamentali o da patologie di interesse neuropsichiatrico".

Per quanto riguarda la **normativa regionale**, ad oggi, essa:

- a) non prevede, specificatamente, servizi residenziali e diurni per minori con disabilità;
- b) ha previsto un modulo residenziale sperimentale per pazienti adolescenti nel *Progetto obiettivo salute mentale*, ([Regione Marche. Progetto obiettivo salute mentale 2004-2006](#)), successivamente nella delibera 1789/2009, con cui si è definito il fabbisogno di strutture sanitarie, [Marche. Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario](#), con "due nuclei da 10 posti per minori in fase acuta", insieme alla previsione (superando così il modulo sperimentale) di 78 posti per "pazienti adolescenti" (dei quali non sono stati definiti i requisiti né strutturali né di personale). Un quadro, dunque, sufficientemente indefinito.

All'interno di questo quadro è forse utile tentare alcune riflessioni.

Per quanto riguarda la **residenzialità**:

- la prima questione da porre è quella relativa alla capacità recettiva, che questa delibera indica di 20 posti per ogni struttura (auspicando poi accorpamenti), ipotesi che apparirebbe del tutto impraticabile;
- bisognerà poi vedere – nell'emanando atto di fabbisogno – quanti posti se ne ritengono necessari;
- a quale servizio afferirà: area disabilità? Area salute mentale?

Rimane poi il grande tema di percorsi sanitari "per patologia" (anche se nella seconda tipologia di residenza si prevede la possibilità che all'interno delle comunità per minori siano assicurati e riconosciuti economicamente dal servizio sanitario il 50% del costo dell'educatore e per intero quello dello psicologo) in due diverse tipologie di strutture per minori e adolescenti all'interno di strutture (la permanenza è di un anno, con possibilità di proroga possibile per un ulteriore) caratterizzate da interventi di tipo terapeutico e riabilitativo.

Per quanto riguarda il servizio **semiresidenziale/diurno** – una novità rispetto alla vigente legislazione regionale – si pone più di una domanda. Non è inutile ricordare che ad oggi la normativa regionale, riprendendo l'art. 8 comma I, della legge 104/1992, prevede opportunamente che i Centri (Cser) siano rivolti a soggetti che abbiano adempiuto l'obbligo scolastico (scarsissime sono invece le indicazioni normative riferite ai centri diurni disabili normati dalla legge 20/2000). Dati regionali 2011, riguardanti i CSER indicano in 28 (su 1060) il numero di utenti infradiciottenni frequentanti tali Centri con un calo di circa il 50% rispetto al 2003 (erano 52). Un dato confortante, che segnala come il centro diurno, tranne rare eccezioni, sia deputato all'accoglienza di persone con disabilità grave al termine del loro percorso scolastico.

**Perché prevedere, dunque, Centri diurni per minori? Quale la motivazione?** Un primo aspetto, fondamentale, riguarda l'aspetto **dell'inclusione sociale. Un minore o adolescente che frequenta un Centro diurno come riesce ad adempiere l'obbligo scolastico?** Dunque minori e adolescenti, espulsi dal percorso scolastico al fine di essere immessi in servizi sociosanitari? Perché dovrebbero lasciare un percorso con i coetanei, un percorso, comunque, inclusivo, per essere inseriti in un Centro diurno? Difficile capirne il senso e il bisogno.

Ancora più complesso capire come un servizio territoriale (quindi legato alla specificità di un contesto...) possa prevedere tanta utenza da permetterne l'apertura: come evitare, una volta che ne è stata legittimata la possibilità di esistenza, che tali servizi nascano per dare risposte 'rapide' alle situazioni più complesse, risolvendo, con un servizio 'esclusivo' tutte le problematiche legate all'integrazione sociale. Non è allora meglio prevedere un rafforzamento (soprattutto di tipo progettuale e di identificazione di buone prassi) dei servizi già presenti: centri d'aggregazione, scuole, animazione territoriale, educativa domiciliare...

Quale riflessione guida questa proposta? Quale idea di politica sociale? Qui è davvero difficile capire. Si tratterebbe, così, del quarto centro diurno per disabili previsto dalla regione Marche (in un colpo la delibera 1011 ne istituisce due nuove tipologie).

Sicuramente sbagliamo, ma l'impressione che si ha, man mano che si approfondiscono gli atti, è quella di trovarsi di fronte a previsioni, indicazioni, definizioni, rispetto alle quali si fa davvero fatica a rintracciarne le motivazioni. Sembra trattarsi di adempimenti formali, dei quali non si comprende a pieno il cambiamento di prospettiva (e temiamo di pratiche) rispetto alla presa in carico delle persone in condizione di disagio. Non traspare, purtroppo, il desiderio di rispondere ad esigenze effettive e reali, attraverso progetti e servizi costruiti pensando alla vita delle persone, ai loro contesti e relazioni.

Una norma può essere considerata come un faro che vuole indicare una direzione, un orizzonte. Qui sembra esserci poca luce e una indicazione che suscita fortissime, direi insuperabili, perplessità.

## **Per approfondire**

[Regolamentazione servizi sociosanitari. Le allarmanti "ipotesi" della regione Marche](#)

[Servizi sociosanitari Marche. Modificare e abrogare le delibere su standard e tariffe](#)

[Le RSA anziani nelle Marche dopo la delibera sugli standard](#)

[Persone non autosufficienti. La Regione Marche rinvia gli Istituti](#)

[Un commento ai recenti criteri di definizione del fabbisogno sanitario e sociosanitario nella regione Marche](#)

[Marche. Criteri per la definizione del fabbisogno sanitario](#)

*9 ottobre 2013*