

COME CAMBIANO I CENTRI DIURNI PER PERSONE CON DISABILITÀ NELLE MARCHE?

FABIO RAGAINI
GRUPPO SOLIDARIETÀ

La regione Marche ha inteso ridisegnare l'offerta dei servizi sociosanitari riguardo standard assistenziali, capacità recettiva e tariffe. Tra questi anche i Centri diurni per persone con disabilità. L'approfondimento analizza le proposte della Regione, non ancora in vigore e motiva le ragioni del dissenso.

Quale idea di servizio e quale riflessione, emerge dalle disposizioni relative ai centri diurni per persone con disabilità presenti nella delibera 1011/2013¹, nella quale si indicano anche gli standard assistenziali e figure professionali? Cosa prefigura la Regione, prevedendo 4 tipologie di Centri (contro i due precedenti), di cui uno per minori (quadri psicopatologici)? Ritengo che la preoccupazione regionale sia stata esclusivamente di tipo adempimentale. Ovvero tentare una classificazione dei centri sulla base delle indicazioni dei LEA (dpcm 29.11.2001) e del documento della Commissione sui LEA², avendo come immediato riferimento il contenimento dei costi sanitari. Di qui la previsione dei Centri diurni per minori, di qui la scissione dei Centri ex legge 20/2002 in due tipologie. Cosa intendono rappresentare, nell'idea regionale, i Centri diurni nella rete dei servizi territoriali? Assumono una prospettiva inclusiva? Non sembrerebbe emergere una risposta a questa domanda, o comunque non pare visibile. Occorre ricordare che parliamo di servizi non residuali, frutti da circa 1400 persone e con diverse centinaia di operatori coinvolti. Il contributo cerca di analizzare "da dove veniamo" e capire come si vorrebbe cambiare. Una proposta, quella regionale, vale la pena ricordarlo, che non ha visto alcun tipo di confronto né con chi vi opera, né con chi fruisce dei servizi. Ma andiamo con ordine.

DA DOVE VENIAMO. 2 CENTRI DIURNI

Due sono le tipologie di Centri attualmente presenti. Per conoscere la loro

regolamentazione rimandiamo ad un precedente lavoro³, nel quale vengono riassunte le principali caratteristiche di funzionamento. Nella tabella che segue, indichiamo quali aspetti, ad oggi, sono regolamentati e quali

Centri diurni	Tariffa	Ripartizione costi sanità/sociale	Standard	Fabbisogno
CD (l. 20-02)	no	no	si	no
CD (l. 20-00)	si	Completo carico sanità	no	si

no.

Quanto all'offerta complessiva il numero indicativo è quello sottoriportato, sia in termini di strutture che di posti.

Centri diurni (legge 20/2000), 323 posti in 13 servizi (media di circa 25 per Centro)
Centri diurni (legge 20/2002), 1061 posti in 69 servizi (media di circa 15 per Centro)
Totale attivi: 1384 posti in 82 servizi

Fonte, ORPS ed elaborazioni dati legge 18/96 (CRD marche)

Recenti dati regionali (2013) quantificano l'offerta complessiva in 1485 (350 + 1135).

Vale la pena segnalare alcuni aspetti (per maggior dettaglio si rimanda all'articolo sopracitato): a) **Standard**: per i CD della legge 20/2000 non sono mai stati definiti (mentre viene definita la tariffa giornaliera, su tre livelli, pari a: 83, 107, 137 •); per quelli della 20/2002, non è stato inserito il minutaggio ma l'indicazione, "personale educativo in rapporto alla tipologia di utenza, ai progetti personalizzati ed all'organizzazione delle attività, di norma, non inferiore a 1:2 nelle ore più significative della giornata ed almeno per il 50% dell'orario di funzionamento del servizio (...) il personale

socio-sanitario è in misura adeguata ad assicurare le funzioni tutelari e di supporto al personale educativo: è comunque presente almeno un operatore nelle ore più significative della giornata". Nei CD ex l. 20/2000, anche la **capacità recettiva** non è specificata. Quanto

alla tipologia di **utenza**, in quelli della legge 20/2002 si specifica che sono rivolti a "soggetti con grave deficit psicofisico", quelli della legge 20/2000, vengono indicati come strutture con funzione di "recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche,

Tabella 1, DGR 1011/2013

Profilo		Livello Int. Assistenziale	Standard assistenziali	Note applicative
SR Dis	Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio riabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi	Codice SRDis1.1 (*)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ OSS: 15m/paz/die ▪ Terapisti della riabilitazione: 20m/paz/die ▪ Educatori: 65m/paz/die 	
		Codice SRDis1.2	<p>La quantità assistenziale sanitaria è definita nell'ambito della valutazione multidimensionale, preventiva all'accoglienza del soggetto nel Centro. L'ASUR provvede all'integrazione assistenziale sanitaria attraverso una delle seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Messa disposizione di proprio personale; ▪ Rimborso forfettario all'Ente gestore pari al valore economico di: 10m/paz/die OSS + 30m/paz/die terapisti/educatori) 	Afferiscono a tale livello assistenziale e tariffario i Centri Socio-Educativi-Riabilitativi Diurni per Disabili (LR 20/2002 art.3, c.4, lett. a) per un tetto massimo di 18 posti per singolo Centro.
			Area psicopatologica età evolutiva	
SR dis	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"> ▪ Medico (NPI o Psichiatra con comprovata esperienza nell'ambito dell'età evolutiva): 10 min/paz/die ▪ Psicologo: 10 min/paz/die ▪ Educatore: 120 min/paz/die ▪ Infermiere: 10 min/paz/die ▪ OSS. 10 min/paz/die 	

(*) Si specifica che tale livello è riferito a quello individuato, all'interno del Macrolivello Assistenza territoriale semi-residenziale, al punto b) della colonna Prestazioni del Microlivello Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali (a compartecipazione utente/comune) del DPCM 29 novembre 2001. Non viene trattato quello relativo al punto a) del medesimo DPCM, livello nel quale vengono erogate le prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime semiresidenziale (a totale carico sanitario), attualmente assicurato dalle prestazioni di seminternato (medio livello – alto livello – unità plurisensoriali) di cui agli Accordi regionali con le strutture di riabilitazione.

psichiche, sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa". "Gravi" per definizione quelli della legge 20/2002; "gravi" per deduzione, quelli della legge 20/2000.

DOVE LA REGIONE VORREBBE ANDARE. 4 CENTRI DIURNI

Le nuove indicazioni, come già detto:

- scindono il CD della legge 20/2002,
- non toccano quello della 20/2000; mantiene la tariffa e non definisce – unica struttura tra le 25 regolamentate – lo standard,
- introducono quello per minori con disturbi psicopatologici.

(vedi tabella 1)

Riguardo il Centro diurno per minori, abbiamo già avuto modo di motivare il dissenso nei confronti della proposta⁴. Portiamo, ora l'attenzione, sulla proposta di revisione dei Centri diurni per adulti disabili gravi.

Abbiamo già visto come nessuna modifica riguardi la funzione dei Centri diurni della legge 20/2000. Ciò è quanto meno paradossale.

Si può leggere come la confessione della impossibilità o incapacità di chiarire le funzione di questo servizio. Crediamo anche, che l'indicazione di nuclei minimi da 20 di cui parla la delibera, riguardi il solo residenziale; non si giustificherebbe l'indicazione del "tetto massimo di 18" per il nuovo SRdis1.2.

Non si ha invece preoccupazione di andare a "toccare", e come, i circa 70 Centri attivi nel territorio regionale. Cerchiamo di capire cosa si vorrebbe farli diventare. Gli aspetti non chiari sono molto di più di quelli definiti.

La proposta, come dicevamo, scinde il Cser della 20/2002, in due. Per il primo (**SRDis1.1**) si indicano la tipologia di prestazioni (terapeutico/socioriusabilitativo), uno standard assistenziale il minutaggio, ed anche la ripartizione dei costi tra sanità e sociale (tabella 2). Per il secondo (**SRDis1.2**), le prestazioni sono prevalentemente di tipo socioriusabilitativo, lo standard non viene definito, l'Asur mette a disposizione del personale o prevede un rimborso forfettario (vedi tabella 1), stimabile in circa 15 euro.

Tabella 2, DGR 1195/2013

codice	Profilo	Livello intensità assistenziale	Compartecipazione
SRDis	Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio riabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi	SRDis1.1 (*) : Prestazioni a contenuto terapeutico e socioriusabilitativo	70% in carico al SSN 30% in carico all'utente
		SRDis1.2 : Prestazioni a prevalente contenuto socioriusabilitativo erogate dai Centri Socio-Educativi-Riabilitativi Diurni per Disabili (LR 20/2002 art.3, c.4, lett. a)	A carico del SSN quanto previsto dalla DGR 1011/2013 allegato 1 punto 2.2.3. codice SRDis 1.2 standard assistenziali. Il resto a carico dell'utente.
SRDis	Prestazioni terapeutiche, riabilitative e socio educative nell'ambito di un progetto individualizzato, in regime semiresidenziale per minorì/adolescenti con un quadro psicopatologico.	Codice SRDis2	100% in carico al SSN

(*) Si specifica che tale livello è riferito a quello individuato, all'interno del Macrolivello Assistenza territoriale semi-residenziale, al punto b) della colonna Prestazioni del Microlivello Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali (a compartecipazione utente/comune) del DPCM 29 novembre 2001. Non viene trattato quello relativo al punto a) del medesimo DPCM, livello nel quale vengono erogate le prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime semiresidenziale (a totale carico sanitario), attualmente assicurato dalle prestazioni di seminternato (medio livello – alto livello – unità plurisensoriali) di cui agli Accordi regionali con le strutture di riabilitazione.

Ciò che ancora non viene detto è quanti posti afferiscono alla prima e quanti alla seconda tipologia. Nel primo caso, per quanto riguarda i costi, l'ASUR assume il 70% della tariffa; nel secondo una quota forfettaria. Se si dovesse prendere a riferimento l'ipotesi di costo giornaliero di circa 60 euro ipotizzata in un precedente documento regionale, gli oneri a carico dell'Asur sarebbero 42 nel primo CD e circa 15 nel secondo (sempre ipotizzando la stessa tariffa). In alcune ipotesi dello scorso aprile la Regione indicava circa 300 posti di **SRDis1.1** ed i restanti (circa 750) di **SRDis1.2**. Se gli utenti dei CSER (salvo inappropiatezza) sono tutti gravi in base a quale criterio il 30% viene classificato in un modo ed i restanti in un altro? Come verranno scelti i circa 20 Cser (il 25% delle strutture)? Quale caratterizzazione avrà un centro che eroga prestazioni prevalentemente terapeutiche, rispetto a quelle sociabilitative?

Tutto questo mentre la Regione sa bene che in base ai Lea (dpcm) le "prestazioni" semiresidenziali per disabili gravi gravano per il 70% sulla sanità e per il 30% sul sociale.

Pare evidente che l'operazione trova radici

e nutrimento in ragioni di tipo esclusivamente economico. Prima si fanno i conti, poi si decide, se ci si riesce, la derubricazione dei diritti. Si può affermare che si tratta di una manovra indecente e dunque irricevibile?

Ma non basta; il passaggio successivo riguarda lo standard e le tipologie di figure professionali. Nel SRDis1.1, si prevede un minutaggio complessivo di 100 minuti; il 20% è determinato dalla figura del fisioterapista; un cambiamento radicale rispetto alla attuale situazione dei Centri. In un CD di 18 persone, il fisioterapista sarebbe presente per 6 ore. Appare peraltro interessante (e curioso) il parallelo con le RSA anziani. A questa tipologia di struttura residenziale si assegna una funzione di tipo estensivo e qui per il fisioterapista è previsto uno standard giornaliero di 10 minuti.

Nel SRDis1.2, lo standard, forse coniando un nuovo concetto di qualità, non viene neanche previsto; quello "assistenziale sanitario", viene definito nell'ambito di una valutazione multidimensionale preventiva all'ingresso. Come funzioneranno, dunque, questi Centri? Non è facile desumerlo. Al momento ci fermiamo qui.

La logica differenzialista

La logica differenzialista della classificazione e la stessa categorizzazione degli alunni va nella direzione dell'etichettamento, che rischia di tradursi – il danno è già forse avvenuto --- nella costruzione di rappresentazioni mentali discriminanti da parte degli insegnanti e nella costituzione di nuovi ghetti scolastici, reintroducendo una concezione delle differenze e delle anomalie come devianze da una presunta norma. La logica differenzialista – che classifica, cataloga e separa – non ha nulla a che fare con la logica del riconoscimento delle differenze, che è una logica di egualianza, di equità nell'accesso all'istruzione e all'educazione. La logica differenzialista è quella del controllo che organizza dei bisogni, come nel multiculturalismo di stampo anglosassone: ognuno dentro una categoria etnica, culturale sessuale; ognuno dentro uno spazio, un luogo specifico; ma nessuna mescolanza e fecondazione reciproca, nessun meticciamiento è possibile. In questo modo si possono organizzare dei bisogni in nome dell'inclusione nella scuola, negando nella pratica l'egualianza di accesso all'istruzione e all'educazione. Inoltre, lo sguardo dominante è quello clinico diagnostico e non pedagogico: uno sguardo che sposta il centro di gravità verso l'idea di cura e riparazione e non verso quello del prendersi cura (*I care*) e dello sviluppo potenziale di tutti e di ognuno, come ribadisce Frank Furedi (2008). Uno sguardo che non prende in considerazione che tutti possono imparare dagli altri. La scuola inclusiva rischia così di diventare il luogo del ciascuno al proprio posto, della predeterminazione di percorso, dell'anticipare in modo precostituito, non dell'offerta di opportunità per prevenire. Ogni difficoltà diventa un problema e non un'opportunità per imparare, mentre le differenze diventano un ostacolo all'adattamento funzionale e non una risorsa per innovare, cambiare insieme nel senso di più giustizia.

Alain Goussot, in *Animazione Sociale*, n. 277 (novembre 2013)

Sofferenza urbana

Per molti anni chi si è occupato di sofferenza non ha saputo capire il nesso tra la dimensione affettiva e privata e la dimensione pubblica e politica della sofferenza. E chi si è occupato di urbano, nel senso della cosa pubblica, ha negato il diritto alla dimensione della sofferenza e dell'affettività. Sono vecchi peccati originali della sinistra: se ci si occupava di politica, non ci si poteva occupare della dimensione affettiva; se ci si occupava dell'universo psicoanalitico, la politica era incidentale. Invece, secondo me, non ci si può più occupare del pubblico senza considerare l'implicazione affettiva personale e non ci si può più occupare della dimensione affettiva personale senza coglierne le implicazioni politiche. Ecco perché "sofferenza urbana". Sofferenza urbana è un ossimoro paradigmatico di una condizione dove il contesto politico della città ha ricadute nella vita privata di ciascuno. Prendiamo il precario che tutte le mattine sale su un vagone puzzolente e si fa un'ora e mezza da pendolare per venire a lavorare nelle giornate grigie di *blade runner* milanese: costui non sperimenta forse una sofferenza urbana? Sperimenta sì la sua tristezza, la sua infelicità, il suo non poterne più, però il treno è delle Ferrovie Nord che sono uno squallore. E fa il pendolare per guadagnare poco e magari in nero. Per questo dico che dobbiamo rivisitare continuamente la nostra dimensione personale con la lente del politico e la nostra dimensione politica con la lente del personale.

Benedetto Saraceno, in *Animazione sociale* n.276 (ottobre 2013)

Dove ragionevolmente si può andare

Dopo questo breve excursus, paiono evidenti alcuni aspetti.

Il primo, dovrebbe essere scontato, è che non si può pensare di definire modifiche di questo tipo senza un confronto con chi, a vario titolo, ci lavora. Senza conoscere la realtà di questi servizi, voler definire, ritenendo anche di poterlo fare senza confronto, appare oltre che irrealistico, velleitario. Bisogna capire bene da chi sono abitati questi servizi; individuare o traslare qualche standard è una

procedura forse semplice ma pericolosa; non ci si rende conto (non si è voluto), ed è grave, dell'impatto che si può determinare sulla realtà dei servizi. La proposta regionale è per questo impraticabile e va rivista alla radice. E non solo perché la modifica degli standard di questa tipologia di servizi non si può fare con una delibera di giunta, ma perché non risponde alla realtà dei servizi cui si vuole applicare. Dunque è auspicabile che la Regione non intenda forzare in una direzione impraticabile. E' tempo di lasciare da parte ogni ostinazione e seguire la via di una saggia ragionevolezza.



Per approfondire, dal sito del Gruppo Solidarietà, www.grusol.it

- Dopo le delibere della regione Marche sui servizi sociosanitari. Gli atti, le parole, i fatti
- Le delibere della regione Marche dopo la manifestazione di "Trasparenza e diritti"
- Marche. Servizi diurni e residenziali per minori con disabilità: la necessaria riflessione
- Regolamentazione servizi sociosanitari. Le allarmanti "ipotesi" della regione Marche
- Il modello assistenziale integrato della regione Marche. Un documento da cambiare
- La programmazione perduta. I centri diurni per disabili nelle Marche
- Trasparenza e diritti. **Campagna per la regolamentazione dei servizi socio sanitari e applicazione dei Lea nelle Marche**, <http://leamarche.blogspot.it>.

Note

¹ "Definizione degli standard assistenziali e dei criteri di rilevazione dei costi gesionali della residenzialità e semiresidenzialità delle aree sanitaria extraospedaliera e sociosanitaria nei settori anziani non autosufficienti, disabili e salute mentale"

² Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, *Documento sulle prestazioni semiresidenziali e residenziali*, approvato il 30 maggio 2007.

³ F. Ragaini, *La programmazione perduta. I centri diurni per disabili nelle Marche*, in, www.grusol.it.

⁴ F. Ragaini, *Marche. Servizi diurni e residenziali per minori con disabilità: la necessaria riflessione*, in, www.grusol.it.