

## Riflessione intorno all'educatore professionale dei CDD

Contributo di **Massimiliano Malè** – Direttore dei Servizi cooperativa sociale Nikolajewka (BS)

A seguito della recente sentenza del TAR Lombardia in materia di educatori dei CDD, pubblichiamo un nuovo contributo che pone ulteriori riflessioni sul tema. L'importanza di considerare la genesi di questi servizi e il passaggio da CSE a CDD, e il loro rapporto l'ambito sanitario, di cui fanno per norma parte; l'analisi di ciò che sostanzia l'intervento di tipo educativo in questa tipologia di servizi; la considerazione degli effetti concreti che potrebbe produrre l'applicazione della sentenza, sono alcuni degli spunti offerti al dibattito.

a cura di **Valentina Ghetti** - venerdì, luglio 03, 2015

<http://www.lombardiasociale.it/2015/07/03/riflessione-intorno-alleducatore-professionale-dei-cdd/>



### **Premessa: i CDD sono strutture sanitarie?**

Una recente sentenza del TAR della Lombardia (N. 659/2015) esclude che gli educatori di classe 19 (e simili) possiedano idonei titoli per operare all'interno dei Centri Diurni per Disabilità(CDD), la cui cifra prestazionale sarebbe - si legge nella sentenza - *sanitaria*. In un [precedente articolo](#) viene posta la domanda se effettivamente **i CDD, Unità d'Offerta della Regionale Lombardia, si connotino come strutture che fondamentalmente erogano prestazioni sanitarie. Se per sanitario si intende prestazioni, medico-infermieristiche e riabilitative, non mi dilungo, e senza timor d'essere smentito e senza nemmeno dubbi, rispondo no.** I CDD (ma anche le CSS e in sostanza le RSD) della Regione Lombardia, pur prevedendo le prestazioni sanitarie appena citate, sono strutture prioritariamente vocate a interventi di natura sociale e abilitativa. Interventi in gran parte contrassegnati dal modello di intervento educativo, chiamato "relazionale", e che non può essere, allo stato attuale, ricompreso tra le prestazioni medico-infermieristico-riabilitative.

### **Prima il "Centro" o prima la DGR 18334?**

A differenza del famoso del quesito sulla priorità dell'uovo e della gallina, la risposta alla mia domanda è semplice e non paradossale: prima il "Centro". Nella DGR 18334 del 2004 (che è la delibera che definisce

l'avvento dei CDD) si legge che i CDD possono nascere dalla trasformazione di quella, al tempo, diffusa struttura per persone con disabilità chiamata Centro Socio Educativo (CSE), attraverso una richiesta di accreditamento. Il CSE era decisamente improntato sull'elemento socio-educativo, tant'è che al coordinamento di quella unità d'offerta, come già definito dai requisiti per il funzionamento del Piano Socio Assistenziale 88/90, doveva esserci un operatore con specifiche competenze sociali, psicologiche e pedagogiche. Parimenti la stessa cosa avveniva per i Centri Residenziali Handicap e per le Comunità Alloggio. Quindi **tutto il panorama delle UdO per la disabilità non-riabilitative - come ad esempio gli Istituti di Riabilitazione (IDR) -, era contrassegnato da evidente connotazione educativa e pedagogica.** La motivazione di quella scelta normativa derivava proprio dall'assunzione del fatto che i servizi per rispondere agli allora emergenti bisogni[1] delle persone con disabilità e delle loro famiglie, preesisteva alla stessa normativa. Maestri, educatori, pedagogisti, psicologi, assistenti sociali, tutti volontari o quasi, organizzati in associazioni, e successivamente in cooperative, furono i primi a comprendere la portata del fenomeno, dando vita ai Centri Socio Educativi, prima ancora che norma regionale li riconoscesse. Basti pensare che già nella prima metà degli anni '80 esistevano strutture con l'acronimo CSE, mentre è dalla seconda metà degli anni'80 che la legge che ne formalizza l'esistenza istituzionale e incide quell'acronimo del dettato normativo. Tutto questo almeno fino al 2005, quando la quasi totalità CSE si convertirono in CDD[2].

## **La Persona (affetta da) con Disabilità**

Nella sentenza del TAR 659, si parla di persone *affette* da grave disabilità. Quando si utilizza l'aggettivo "affetto", come nel caso della sentenza, ci si riferisce al fatto che si è stati colpiti da una malattia, cioè essere malati. Immediata conseguenza della malattia consiste nel dover ricorrere alle cure di personale sanitario, medici, infermieri, terapisti della riabilitazione, ecc.. **Parrebbe che il TAR consideri l'educatore professionale, quello speciale sanitario che si occupa di quella particolare condizione patologica che è la disabilità. Chi invece opera quotidianamente, ma anche le stesse persone con disabilità, sa perfettamente che la disabilità non è una condizione patologica e che non esistono malati di disabilità**[3]. La disabilità, che effettivamente può originare da un evento patologico, è un'interferenza, un difetto di funzionamento di tale portata, da impedire alla persona, anche completamente, di avere una qualità della vita[4] minimamente accettabile, senza l'adozione di particolari supporti e aiuti, che possono essere fisici, psicologici, comportamentali, ma anche simbolici e semantici.

## **I CDD e attività Educative**

L'attuale configurazione delle attività e delle prestazioni di un CDD, alla luce di quanto esposto, non deriva semplicemente dal dettato normativo che regola i requisiti di funzionamento e accreditamento, ma da esperienze, tentativi, interventi, sperimentazioni che hanno caratterizzato ogni CDD in modo leggermente diverso. I CDD si sono conformati al contesto sociale e territoriale, dandosi

dimensioni o capacità di risposta al bisogno definite sulla base di una serie di fattori ambientali e culturali, anche in relazione alle caratteristiche degli altri CDD della zona. In modo altrettanto spontaneo come alla loro formazione, i CDD hanno selezionato la popolazione target sulla base delle caratteristiche di bisogno e affinità. **Si sono così definiti per esempio servizi più improntati ad attività di integrazione, altri occupazionali, altri ancora con un alto grado di assistenza. Spesso sono le stesse ASL, che conoscendo bene le realtà territoriali, sono in grado di suggerire alle famiglie quali sono i CDD più adatti, non solo per prossimità territoriale, a fornire le prestazioni adeguate. E gli stessi fruitori, nel visitare i diversi centri, individuano quale pare essere più vicino alle loro esigenze.**

Il filo conduttore di tutti i CDD sta nel fornire supporti e aiuti definiti dal bisogno degli ospiti. Ovviamente ogni CDD soddisfa i bisogni igienici, alimentari e tutelari di base, aiuta per l'assunzione di farmaci o la pratica di qualche più rara prestazioni infermieristica, ma **il grosso dell'attività e della progettazione, ruota intorno ad una serie di interventi educativi individuali, effettuati dagli educatori.** Il cui scopo non è né *rieducare* né *riabilitare* una o più funzioni del corpo<sup>[5]</sup>. ***Cosa fa l'educatore allora? In effetti e in estrema sintesi in un CDD un educatore effettua l'analisi dei bisogni sulla base della sezione "Attività e Partecipazione", integrata dalla sezione "Fattori Ambientali" del ICF.*** Quel tipo di analisi deve tenere conto di fattori relazionali, culturali e ambientali, gli elementi di tipo sanitario sono tenuti in considerazione perché devono essere integrati con la progettazione e pianificazione delle attività, oppure perché anch'essi possono rientrare in un programma educativo: per esempio, per una persona con disabilità<sup>[6]</sup> che rifiuta una terapia o un trattamento fisioterapico, l'educatore sperimenta le diverse tecniche educative volte a facilitare l'accettazione del trattamento. Una volta trovata la corretta metodica – che non è né facile, né sempre possibile - la trasmette al resto del personale anche con diversa professionalità. L'analisi serve prioritariamente a definire di quali supporti e aiuti necessita la persona per ridurre o bypassare quell'interferenza di cui parlavamo prima, senza però trattare la causa (leggi malattia) che produce difetto di funzionamento. La struttura dei supporti e aiuti non ha parentela con le prestazioni di natura medico-infermieristica-riabilitativa, dal momento che non hanno diretta relazione con il trattamento della patologia. Certamente, invece, concorrono alla condizione di salute-sanità intesa, come l'intende la World Health Organization: la salute-sanità non è solo l'assenza della malattia e dei sintomi, ma è una condizione di benessere globale ed esistenziale. **In questa dimensione è possibile chiarire il rapporto tra l'opera dell'educatore e la funzione del CDD (in senso lato delle UdO socio sanitarie) con il concetto di "sanitario".**

## **Paradossi della Classe di laurea**

Il paradosso dell'uovo e la gallina, vale anche per l'educatore professionale e la risposta è prima l'educatore (professionale) della norma che ne definisce il profilo, cioè il DM 520 del 1998.

Tutto quanto scritto sopra è una sintesi molto tirata di una fenomenologia, molto articolata, relativa ad un insieme di saperi che è, forse, prossimo a costituirsi come scienza. Quest'insieme di saperi già trova legittimazione dell'autorità accademica dell'università. Ora ritorniamo alla ormai famosa sentenza del TAR, che vorrebbe un educatore professionale che sa il fatto suo, e che per sapere il fatto suo deve necessariamente essere di classe sanitaria (SNT 2). **Il fatto, invece, della realtà dei CDD, è che la**

**pratica degli educatori - sia di classe SNT 2 sia di classe 19 - è essenzialmente pedagogica. Le conoscenze a carattere sanitario completano certamente il profilo, arricchisco il bagaglio di conoscenze, ma non diventano competenze specifiche e non possono essere praticate operativamente dall'educatore.** Tantomeno la metodica della pratica medica può essere presa ad esempio<sup>[7]</sup>. Risulta, dunque, paradossale l'esclusione, dalla pratica dell'educatore, degli educatori con formazione squisitamente educativa (pedagogica).

Poiché la realtà tende a evitare i paradossi, nei CDD e in tutte le UdO socio sanitarie, il numero di educatori con formazione educativa (pedagogica) è di gran lunga maggiore di quelli di classe sanitaria SNT 2, con un calcolo approssimativo, **utilizzando un campione di circa 10 CDD e poco meno di 100 operatori complessivi, l'incidenza degli educatori di classe sanitaria SNT 2, compresi gli equipollenti, è intorno al 35%**. Da alcune interviste condotte personalmente, all'interno del centro **non è percepita né dal personale educativo, né da quello di coordinamento, né dai famigliari, la differenza tra l'educatore con formazione educativa e l'educatore con formazione sanitaria.**

Considerato **nella sola provincia di Brescia il personale educativo si attesta a quasi 300 unità, è evidente che un'applicazione pedissequa della DM 520/98, che riconosce educatori solo quelli SNT 2, porterebbe al collasso del sistema, e ad un problema occupazionale non indifferente.**

Ma cosa ben più grave, **si perderebbero, in tutta la Lombardia oltre un migliaio di tecnici di alto livello che negli ultimi 20 anni hanno sostanzialmente contribuito alla costruzione di una delle migliori reti di UdO per la disabilità d'Italia**, ma anche di conoscenze teoriche, tecniche, pratiche e metodologiche.

Con la loro perdita andrebbe perso tutto quel prezioso sapere e metodo educativo cioè pedagogico, la cui efficacia è fuori di discussione, dal momento che le persone con disabilità, le loro famiglie e anche gli operatori del territorio, continuano a confermare la loro fiducia affidando i propri congiunti alle cure degli educatori, senza badarsi troppo, anzi per nulla, della classe di laurea.

---

<sup>[1]</sup> Da un lato era la necessità culturale di contrastare l'esclusione sociale di cui spesso le persone con disabilità erano vittime, dall'altro la necessità di consentire a tutti i componenti della famiglia di accedere al mondo del lavoro, delegando altrove le funzioni assistenziali, che all'epoca prerogative principalmente della madre.

<sup>[2]</sup> L'acronimo CSE è rimasto, dando vita ad un struttura per molti versi simile al CDD, rivolta a rispondere a bisogni di persone con minore necessità di supporto. La maggior parte degli attuali CSE sono nati ex-novo.

[3] Un ricercatore universitario disabile, impegnato in prima persona sul tema, diceva che nel caso di visite mediche lo trattavano sempre da malato, mentre lui si sforzava di spiegare loro che sotto il profilo sanitario, lui, stava bene, loro spesso non capivano.

[4] Per qualità della vita mi riferisco a quegli elementi irrinunciabili che contraddistinguono l'essere umano: socializzazione, partecipazione, e soprattutto espressione del desiderio.

[5] Cfr. ICF

[6] Utilizziamo nei CDD, e nelle UdO della disabilità, il termine generico di utente o ospite per semplicità, ma nessun educatore sanitario o pedagogico utilizza “paziente”.

[7] Per i Direttori sanitari delle RSA, un anziano con demenza e residualità intellettiva minima (minimental inferiore a 10), un intervento di musicoterapia, o con animali, non serve a nulla in termini di stimolazione cognitiva (leggi “intellettiva), cioè non produrrebbe alcuna variazione nel punteggio del minimental. Al contrario un qualsiasi educatore di qualsiasi classe sosterebbe esattamente l'opposto e non si sognerebbe di usare uno strumento poco preciso come il minimental per valutare gli eventuali effetti dell'intervento.