

12. Il territorio e il sistema semiresidenziale a ciclo diurno

Laura Abet, Diletta Cicoletti e Giovanni Merlo

In questo capitolo si analizzeranno i dati del sistema dei servizi semiresidenziali a ciclo diurno per le persone con disabilità. Questi dati mettono in luce il percorso di cambiamento che ha coinvolto il mondo dei servizi per le persone con disabilità nelle due ultime legislature. Definito il passaggio dai Centri Socio Educativi ai Centri Diurni per Disabili, il percorso normativo sembra essersi chiuso con la Dgr 7433 del 13 giugno 2008, che definisce i requisiti minimi autorizzativi degli Sfa.

A oggi i servizi più diffusi sul territorio regionale sono i Centri Diurni per Disabili, i Cdd; a queste strutture vengono applicate le norme di accreditamento indicate dalla Dgr 18334/2004: gli standard gestionali per l'accREDITAMENTO riguardano le figure professionali (ausiliari, educatori, riabilitatori, infermieri, medici, psicologi e volontari qualificati, ma anche operatori specializzati in attività espressive e sportive e maestri d'arte) e i cosiddetti minuti di assistenza per ogni ospite (minimo 900). Sono strutture che provvedono all'erogazione di prestazioni di carattere socio-sanitario a elevato grado di integrazione e alla realizzazione di attività di carattere socio-riabilitativo, riabilitativo ed educativo. Le attività devono essere definite in base a Progetti individualizzati, che prevedano il coinvolgimento delle famiglie, e che devono durare per almeno 35 ore alla settimana e per 47 settimane annue, rivolte a persone con disabilità, dipendenti da qualsiasi causa, la cui fragilità sia compresa nelle 5 classi Sidi, di età compresa tra i 18 anni e i 65 anni.

12.1. Strutture e posti autorizzati (e accreditati) nell'offerta di servizi semiresidenziali a ciclo diurno in Regione Lombardia ⁽¹⁾

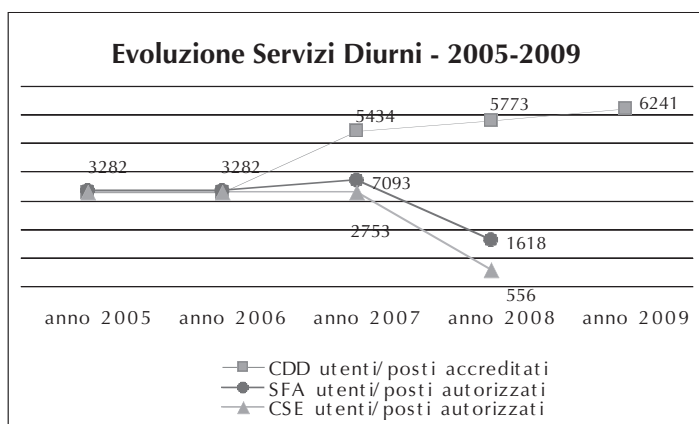
A seguito della delibera istitutiva dei Cdd, quasi tutti i Cse si sono adeguati ai nuovi standard per trasformarsi in Cdd; sono pochissime le strutture rimaste allo stato originario, in attesa della successiva delibera.

⁽¹⁾ La procedura di autorizzazione al funzionamento coinvolge tutte le strutture che vogliono avviare la propria attività. Nel capitolo 11 del presente libro si specifica meglio che la procedura di accreditamento attualmente è normata a livello regionale per i servizi socio-sanitari (e sanitari). In questo caso Cse e Sfa sono tutti autorizzati, in attesa di procedure di accreditamento che possono essere declinate per ogni ambito territoriale, i Cdd sono strutture accreditate dalla Regione Lombardia.

Dal punto di vista quantitativo queste trasformazioni negli anni hanno prodotto una differente distribuzione dei servizi: si è infatti passati da un numero di utenti di Cse pari a 3.275 (anni 2005, 2006, 2007) ad un numero pari a 556 unità, dopo la trasformazione in Cdd. Questi ultimi accrescono la propria utenza di quasi il doppio tra il 2005 e il 2009, segno del passaggio di utenti da una tipologia di servizio come il Cse, ancora orientato al territorio e alla socializzazione ed integrazione sociale, ad un servizio che ad oggi rischia di essere considerato prevalentemente una struttura di accoglienza per l'assistenza delle persone con disabilità.

Infine gli Sfa sono in lieve incremento in termini di numero di unità di offerta, ma in calo in termini di numero di utenti (- 2.109 unità).

Figura 12.1 - Trend di servizi semiresidenziali sociali e socio-sanitari in Regione Lombardia – Anni 2005-2009 *



Fonte: DG Famiglia – Regione Lombardia

* i dati al 31.12.2009 sulle strutture e i posti autorizzati e accreditati sono disponibili solo per Cdd. Per Sfa e Cse i dati si fermano al 31.12.2008, poco prima o a cavallo della Dgr di modifica degli Sfa.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale delle strutture semiresidenziali diurne, permangono le difficoltà di costruzione dell'indice di fabbisogno, derivante dalla complessità del processo d'individuazione e di quantificazione delle persone con disabilità e dei loro molteplici "bisogni"; a livello locale questo dato sembra poter essere più controllabile e verificabile, partendo dall'esperienza delle singole unità d'offerta, dalla mappatura dei servizi sociali e dalle attività di programmazione promosse dagli uffici di piano. Pertanto la distribuzione territoriale dei servizi per ciascuna Asl è il risultato di un equilibrio proprio di ciascun territorio, che provvede a rispondere in base alle risorse e in funzione della presenza degli enti gestori. In questi termini l'Asl città di Milano, ad esempio, ha un'offerta di Cdd decisamente superiore alle altre Asl (913 utenti al 31.12.2008) e la gestione è rimasta prevalentemente in capo al Comune di Milano. Qui ad esempio tutti i Cse sono stati riconvertiti in Cdd, con la conseguente riorganizzazione dei servizi per adeguarli agli stan-

dard strutturali e gestionali – organizzativi previsti dalla Dgr. Complessivamente la provincia di Milano (Asl Mi città, Mi1, Mi2, Mi3) raccoglie il 41,6% di posti autorizzati per Cdd dell'intera Regione.

Tabella 12.1 - Dati distribuzione territoriale strutture semiresidenziali diurne, anno 2008

Distretti Asl	Cse		Sfa		Cdd		Totale Asl	
	n. strutture	n. posti autorizzati	n. strutture	n. posti autorizzati	n. strutture	n. posti autorizzati e accreditati	n. strutture	n. posti autorizzati
BG	1	7	47	383	20	475	68	865
BS	4	45	17	131	29	722	50	898
CO	4	90	11	170	13	351	28	611
CR	6	111	5	135	10	165	21	411
LC	1	6	5	146	9	207	15	359
LO	4	80	4	49	5	120	13	249
MN	1	15	8	88	12	297	21	400
Mi città	3	41	20	–	34	913	57	954
Mi1	1	15	32	159	21	567	54	741
Mi2	1	30	16	0	10	238	27	268
Mi3	4	27	22	14	27	684	53	725
PV	1	1	8	86	12	330	21	417
SO	2	10	3	26	8	187	13	223
VA	6	78	14	201	17	431	37	710
Val Cam	–	–	3	30	4	86	7	116
Totale Strutture e Posti autorizzati V. A.	39	556	215	1.618	231	5.773	485	7.947

In termini di posti autorizzati i Cdd in Regione Lombardia, ad oggi, rappresentano complessivamente il 72,6% dell'offerta semiresidenziale - diurna, mentre gli Sfa rappresentano il 20,4% e i Cse il rimanente 7%. Possiamo quindi affermare con certezza che rispetto al 2005 gli equilibri si sono definitivamente assestati a favore dei Cdd.

Una tendenza che ha, probabilmente, motivazione anche di carattere gestionale, visto che i Cdd sono servizi di carattere socio-sanitario e possono quindi contare, per il loro finanziamento, su una quota del fondo regionale sanitario, mentre i Cse, essendo unità d'offerta socio-assistenziali sono sostenuti esclusivamente dalle risorse comunali e dalle richieste di partecipazione alla spesa verso gli utenti e spesso le loro famiglie⁽²⁾.


(2) Un confronto con le altre Regioni si trova in Aa.Vv. 2009.

12.1.1. I progetti di vita indipendente l. 162/1998: l'esperienza lombarda

La legge 162/1998 ha modificato alcuni articoli della l. 104/1992, introducendo la possibilità per gli enti locali di organizzare servizi e prestazioni per la tutela e l'integrazione sociale delle persone con disabilità grave, qualora venga meno il sostegno familiare. In Lombardia la gestione di questo finanziamento, precedentemente di competenza delle Asl, è dal 2006 di competenza degli ambiti territoriali (e titolarità dei Piani di Zona), che hanno dovuto decidere se procedere con l'assegnazione dei fondi tramite bando oppure se utilizzare il budget per alimentare l'offerta di altre tipologie di prestazioni o servizi esistenti sul territorio.

È stata condotta una rilevazione dall'Irs (Istituto per la ricerca sociale), proprio in occasione della preparazione di questo testo, coinvolgendo gli ambiti territoriali della Regione Lombardia. Attraverso poche domande si poneva l'attenzione su eventuali progetti individuali finanziati attraverso i bandi l. 162/1998. A questa rilevazione hanno partecipato 21 ambiti territoriali sui 98 presenti in Lombardia. Di questi 2 non hanno fatto bandi utilizzando la l. 162/1998.

Tabella 12.2 - Ambiti territoriali che hanno partecipato alla rilevazione campionaria

Ambiti territoriali coinvolti	Mappa territoriale
CREMONA CASALMAGGIORE MELZO AZZATE DALMINE SONDRIO DESIO CERNUSCO SUL NAVIGLIO PIOTTELLO GARBAGNATE GHEDI MILANO MORBEGNO OLGiate OSTIGLIA PALAZZOLO SULL'OGGIO ROZZANO VIMERCATE LODI CAMPIONE D'ITALIA VIGEVANO	

Data la non omogeneità delle risposte (alcuni hanno indicato il numero di progetti finanziati per i diversi ambiti di intervento, altri l'entità economica di ciascun progetto, altri ancora l'entità economica del complessivo finanziamento sulle tre annualità richieste) riprendiamo in questa parte alcune osservazioni e valutazioni delle esperienze, che ancora una volta accompagnano l'analisi, mantenendo il doppio focus su percorso di vita e offerta dei servizi, non prima di restituire una fotografia rispetto al n. di progetti finanziati attraverso i bandi nelle 4 annualità 2006-2007-2008-2009 per ambito di intervento (tabella 12.3).

Tabella 12.3 - Numero di progetti finanziati attraverso bandi legge 162/1998 per le 4 annualità in cui il finanziamento è stato gestito dall'ufficio di piano – 21 ambiti rispondenti

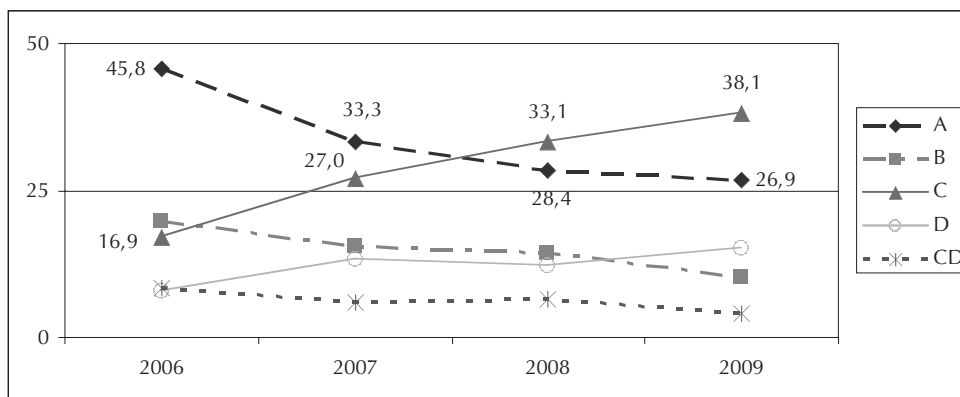
	Anno del bando					TOTALE progetti per area di intervento	
	2006	2007	2008	2009	n.	%	
Ambiti di intervento	n.	n.	n.	n.	n.	%	
A. attività di sostegno alla persona disabile ed alla sua famiglia mediante interventi di servizio di assistenza domiciliare, in forma indiretta, e progettualità particolarmente complesse che prevedano assistenza indiretta, servizi al domicilio e servizi semi-residenziali. I servizi a domicilio possono essere realizzati sia presso la dimora familiare sia in alloggi protetti ovvero convivenze assistite;	65	89	95	96	345	31,3	
B. percorsi di "accompagnamento" sia del richiedente, sia della sua famiglia che promuovano forme di emancipazione della persona disabile dal contesto familiare; questo percorso può riguardare anche persone che vivono già autonomamente e che hanno come obiettivo la propria indipendenza;	28	41	48	37	154	14,0	
C. interventi di sollievo alle famiglie di persone disabili, realizzati attraverso l'accoglienza della persona presso strutture residenziali esistenti, nonché presso strutture anche di tipo alberghiero in località climatiche e centri estivi;	24	72	111	136	343	31,2	
D. interventi di "avvicinamento alla residenza" in una prospettiva di distacco dal nucleo familiare da realizzare attraverso l'utilizzo di strutture residenziali e/o comunitarie.	11	35	41	54	141	12,8	
C/D	12	16	22	14	64	5,8	
Prestazioni assistenziali aggiuntive	2	2	1	0	5	0,5	
Altri progetti non specificati		12	17	20	49	4,5	
TOTALE progetti finanziati	142	267	335	357	1101	100,0	

L'utilizzo prevalente della modalità progettuale ricade nell'area "sostegno alla domiciliarità" e quindi alla famiglia, attraverso la garanzia di una adeguata assistenza domiciliare indiretta, servizi al domicilio e servizi semiresidenziali (31,3% dei progetti finanziati sulle 4 annualità).

Osservando il trend delle 4 annualità considerate, notiamo che i progetti finanziati in quest'area (A) sono in diminuzione rispetto per esempio ai progetti finanziati in ambito C, equivalente agli "interventi di sollievo alle famiglie di persone disabili, realizzati attraverso l'accoglienza della persona presso strutture residenziali esistenti, nonché presso strutture anche di tipo alberghiero in località climatiche e centri estivi".

Rispetto ai progetti in ambito A e C (A-sostegno C-sollievo) quelli in ambito B e D (B-accompagnamento D- avvicinamento alla residenzialità) rappresentano percentuali inferiori. I "progetti di vita indipendente", che dovrebbero rappresentare il nucleo forte di questi finanziamenti, sono invece solo il 14% del totale dei progetti finanziati, e hanno un trend in calo (da 19,7% nel 2006 a 10,4% nel 2009). Una delle possibili spiegazioni di questo fenomeno può essere data dall'inadeguatezza strutturale dei bandi della legge 162/1998 a sostenere progetti di questa natura. I progetti di vita indipendente possono essere infatti complessi, spesso onerosi e contemplano un orizzonte temporale pluriennale. I bandi 162 hanno, invece, un carattere annuale e quindi, per sua natura, precario ed arrivano a coprire fino ad un massimo di circa 10.000 € l'anno anche per persone che potrebbero avere necessità di assistenza continuativa. Risulta difficile pensare ad una copertura totale dei bisogni delle persone con disabilità attraverso questa unica modalità di finanziamento: è necessario considerare un progetto che coinvolga l'intero sistema dei servizi e che sia in grado di personalizzare le iniziative proprio a partire da un'analisi delle opportunità esistenti.

Figura 12.2 - Trend di progetti finanziati per ambito d'intervento nelle annualità 2006-2007-2008-2009. - 19 ambiti rispondenti.



Legenda: A/sostegno, B/accompagnamento, C/sollievo, D/residenzialità

ti e verificando come si possano orientare al fine di sostenere progetti di vita indipendente, che mettano veramente al centro della loro attenzione i bisogni, i diritti, le aspettative ed i desideri delle persone con grave disabilità. In alcune situazioni i progetti hanno seguito percorsi del tutto simili a quelli dei buoni, consentendo di finalizzare le risorse verso situazioni in difficoltà e di integrare lo strumento l. 162/1998 con il Buono Disabilità del Fnps.

Complessivamente, forse proprio a causa delle criticità appena esposte, si è registrato uno scarso accesso alla misura, con un numero di domande esiguo rispetto alle dimensioni territoriali. In alcuni territori si registrano risorse residue per l'anno 2009, che andranno a valere per l'anno 2010.

Alcune ipotesi di miglioramento emerse nella rilevazione sul territorio sono le seguenti:

- potenziare ed omogeneizzare il grado di pubblicizzazione della misura attraverso tutti i canali possibili, anche attraverso il coinvolgimento dei medici di base (Giancaterina, 2006);
- consolidare il raccordo dei servizi sociali territoriali con gli enti che gestiscono unità d'offerta e con le associazioni di rappresentanza, per individuare in modo mirato le persone con disabilità interessate e per sperimentare progetti che possano avvalersi della collaborazione con le organizzazioni e dei loro servizi;
- valorizzare i progetti personali di Vita Indipendente, prevedendo l'integrazione delle risorse della legge 162 con l'insieme delle altre misure che possano garantirne la sostenibilità economica nel tempo⁽³⁾.

L'assegnazione regionale del Fondo per la non autosufficienza, negli ultimi anni, ha consentito l'attuazione di interventi specifici a sostegno della domiciliarità. Ne è derivata la possibilità, nel 2008 e 2009, di attuare sperimentazioni territoriali con una connotazione più progettuale, che assistenziale: alcuni ambiti hanno scelto di sostenere progettazioni innovative del Terzo Settore, anche in collegamento con servizi diurni e semiresidenziali, con obiettivi a medio e lungo termine, evitando il frazionamento di risorse per piccole e singole iniziative. È l'esempio del distretto di Lodi e Casalpusterlengo, ma anche dell'ambito di Brescia: in entrambi i casi le attività formative hanno consentito di accompagnare percorsi di sperimentazione per migliorare i percorsi di vita delle persone con disabilità, nei passaggi verso la maggiore età e verso la terza età.

In definitiva, in termini numerici, i progetti che riescono ad ottenere un finanziamento sono molto limitati così come le risorse destinate per sostenere percorsi di autonomia della persona con disabilità, risultano essere insufficienti per coprire le spese e le ore di prestazioni professionali necessarie.

⁽³⁾ L'esperienza dei progetti di vita indipendente nelle altre Regioni italiane è discussa in Cafarella, 2008.

12.2. La storia e l'evoluzione dei Cdd – Centri Diurni per persone con disabilità

Lo sviluppo dell'offerta di Centri diurni per le persone con disabilità ha inizio in corrispondenza della chiusura delle scuole speciali e con la conseguente (e coerente) necessità di offrire a ragazzi e giovani con grave disabilità un'alternativa credibile alla precoce istituzionalizzazione.

Con il passare degli anni, anche a fronte di una crescita di richieste delle famiglie e delle loro organizzazioni, le amministrazioni comunali aprirono progressivamente sempre nuovi centri che rapidamente assunsero la dizione di Centri Socio Educativi ⁽⁴⁾.

Sulla base delle indicazioni regionali, successivamente riprese nel Piano Socio Assistenziale 1988-1990, si assistette all'incremento esponenziale di Centri Socio Educativi, sia in termini di strutture che in termini di posti disponibili e persone accolte.

Nei Cse venivano accolte prevalentemente persone con grave disabilità intellettiva o con disabilità neuromotoria a cui veniva offerta la frequenza dal lunedì al venerdì in un orario indicativamente dalle 9 alle 16, in un luogo spesso collocato nelle vicinanze della propria abitazione, dove partecipare ad attività specifiche, che caratterizzavano i singoli Cse: dalle attività laboratoriali, a quelle espressive, di apprendimento finalizzato allo sviluppo ed al mantenimento delle autonomie personali. In alcuni casi i centri consentivano di partecipare ad attività territoriali di piccolo gruppo, momenti che avvicinavano le persone con disabilità alla comunità e al territorio.

Con il tempo e l'esperienza dei Cse l'interazione con la comunità e con il territorio, che aveva contraddistinto la mission degli operatori dei primi centri, si vede ristretta ad alcune specifiche attività per un campione selezionato di utenti. Nei primi anni di vita di questi servizi alcune persone con disabilità vengono dimesse o per la riuscita di percorsi di integrazione sociale e lavorativa o perché indirizzate a servizi di altro genere come l'assistenza domiciliare e i servizi per l'inserimento lavorativo: i Cse diventano progressivamente luoghi di accoglienza per *“soggetti che presentano notevole compromissione dell'autonomia delle funzioni elementari, abbisognino di una specifica e continua assistenza”*. Sembrano venir meno in termini di investimento e di ricerca le modalità per poter raggiungere anche parzialmente l'obiettivo fissato per legge ovvero *“il superamento della condizione di irrecuperabile [...] nella prospettiva di una progressiva e costante socializzazione”* (legge 1/1986).

(4) Nella legge regionale 1/1986 vennero definiti come (art. 77, comma 3, punto a):

“centri socio-educativi per handicappati, che accolgono senza limiti di età soggetti che presentano notevole compromissione dell'autonomia delle funzioni elementari, abbisognino di una specifica e continua assistenza e non possano essere utilmente inseriti nel normale ambiente lavorativo; il centro socio-educativo ha come obiettivo il superamento della condizione di irrecuperabile e mira alla crescita evolutiva dei soggetti nella prospettiva di una progressiva e costante socializzazione”.

I Cse verso la fine degli anni '90 sono divenuti stabilmente dei centri di accoglienza di ridotte dimensioni, collocati a livello territoriale per persone con gravi disabilità prevalentemente intellettive con l'obiettivo di offrire contemporaneamente sollievo al carico assistenziale dei familiari e un'opportunità di raggiungimento del massimo benessere possibile alla persona.

Nel 2004 viene definita la nuova Unità di offerta Cdd – Centro Diurno per persone con Disabilità, con i relativi requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento⁽⁵⁾.

La Regione definisce i Cdd in modo molto essenziale quali "unità di offerta semiresidenziali per disabili gravi rivolte all'accoglienza di persone disabili di età superiore ai 18 anni". La definizione dei requisiti organizzativi prevede l'erogazione di prestazioni di carattere socio-sanitario ad elevato grado di integrazione e la realizzazione di attività di carattere riabilitativo, socio-riabilitativo ed educativo. Queste attività devono essere definite in base a Progetti individualizzati. Come per gli altri servizi residenziali socio-sanitari è previsto l'utilizzo della scheda Sidi, che consente di verificare il grado di fragilità della persona con disabilità e gli elementi connessi alla sua storia, stabilendo i minuti di assistenza e la tipologia degli operatori, individuando gli standard gestionali e organizzativi della struttura. Ad oggi, forse ancor più che nel caso del sistema residenziale, l'utilizzo del Sidi contribuisce a mettere in luce le difficoltà che i servizi a ciclo diurno hanno nel seguire progettualità che tengano conto dei dati personali e individuali, ma anche di gruppo delle persone che frequentano i centri. La dimensione burocratica-rendicontativa sembra superare la dimensione della personalizzazione degli interventi e dei progetti, anche per le caratteristiche che le persone con disabilità presenti nei Cdd hanno.

12.2.1. *La scheda Sidi*

In effetti il sistema di valutazione introdotto dalla Regione Lombardia dopo una breve sperimentazione (Bagarolo, 2005) ha messo a disposizione uno strumento codificato di lettura del bisogno, introducendo una "standardizzazione" del sistema di offerta residenziale per le persone con disabilità, riconoscendo all'interno di ogni singola tipologia di servizio le differenti condizioni di bisogno e risorse dedicate (tariffe).

In questi anni il sistema di valutazione Sidi ha trovato diffusione con diverse articolazioni presso altri servizi, sia residenziali (Rsd e Css) che semiresidenziali (Cdd) e domiciliari (Voucher).

Il Sidi valuta la condizione ed i bisogni della persona con disabilità in relazione al servizio di cui usufruisce ed al contesto in cui è inserito, quindi a valle del percorso di cura e non può essere utilizzato come strumento di progettazione

(5) Dgr 17850 dell'11 giugno 2004.

e “governo” del percorso stesso. Lo strumento non permette una definizione della condizione della persona con disabilità di per sé, indipendentemente dal servizio di cui usufruisce.

Si è dimostrato un affidabile strumento gestionale nell’ottica regionale del riconoscimento tariffario delle prestazioni erogate, ma uno strumento non del tutto adeguato per la valutazione ed il riconoscimento dei bisogni della persona con disabilità, non utilizzabile per definire percorsi di cura integrati alle condizioni di vita. Regione Lombardia ha tralasciato per ora la possibilità di avvalersi dell’Icf, strumento sicuramente più completo e mirato, anche se non di semplice utilizzo.

L’approccio Icf resta un riferimento fondamentale per tutti i servizi, gli operatori e le attività rivolte alle persone con disabilità. Al di là del confluire in uno strumento unico, infatti occorre ricordare l’importanza del riconoscimento internazionale di un approccio che connette la dimensione individuale e psicologica con quella ambientale e socio-relazionale.

Nel maggio 2001 l’Oms ha pubblicato la “Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità”, l’Icf, riconosciuto da 191 Paesi come il nuovo strumento per descrivere e misurare la salute e la disabilità delle popolazioni.

La Classificazione Icf rappresenta un’autentica rivoluzione nella definizione e quindi nella percezione di salute e disabilità, i nuovi principi evidenziano l’importanza di un approccio integrato, che tenga conto dei fattori ambientali, classificandoli in maniera sistematica.

Il nuovo approccio permette la correlazione fra stato di salute e ambiente arrivando così alla definizione di disabilità come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole.

Tabella 12.4 - Tariffe in base a Sidi

Classe	1	2	3	4	5
Minuti di assistenza a settimana per ospite	1.300	1.100	900	750	600
Tariffa sanitaria giornaliera pro-capite	€ 55,00	€ 52,00	€ 49,00	€ 46,00	€ 44,00

Nella valutazione viene purtroppo considerata solo la dimensione funzionale e personale, mentre quella sociale non è valutata: alla luce dei principi della Convenzione Onu, dovrebbe essere invece evidente che l’integrazione dipende da variabili interne alla struttura in cui la persona con disabilità è inserita ma anche esterne, del collegamento con il territorio.

Mille criticità sono intrinseche alla valutazione Sidi, che è soggetta a critiche non solo da parte delle Associazioni a tutela delle persone con disabilità, ma anche da parte degli operatori e degli Enti gestori.

Si ha la ragionevole certezza che la valutazione Sidi funzioni per automatismi: permanenza nel servizio, per cui ogni quinquennio viene attribuita una Classe più

“lieve”, a cui corrispondono minori prestazioni, nonostante tipicamente la disabilità non regredisca ed anzi solitamente si aggravi; relazione con l’età anagrafica: con l’avanzamento dell’età viene attribuita una Classe più lieve, diminuendo così l’assistenza. Il sospetto è che tali automatismi siano un mero meccanismo di controllo della spesa.

Al di là di queste semplici indicazioni, il punto di arrivo deve essere la progettazione personalizzata, pensata e definita in un’ottica di ascolto e osservazione. Questo al fine di capire quale possa essere la prospettiva migliore per la persona, in un’ottica di progetto di vita che risponde non solo ai bisogni di carattere sanitari, ma anche alla realizzazione dei suoi desiderata, quindi più legati al contesto socio-ambientale.

12.3. La trasformazione dei servizi diurni: cosa si è perso e cosa si è guadagnato

La nuova organizzazione definita dalla Regione ha richiesto a tutti i centri diurni un processo di adeguamento verso l’alto degli standard strutturali e gestionali: qualifica del personale, livello delle strutture, definizione delle procedure.

Giunti al termine del processo di riordino innescato dalla delibera che li introduceva e ne definiva gli standard (2004), i Cdd sono oggettivamente diventati luoghi migliori dove vivere e il livello qualitativo dell’assistenza offerta si è complessivamente innalzato. Si è avviato, e ormai anche concluso, un percorso di omogeneizzazione delle caratteristiche dell’offerta, che prima della delibera sicuramente non erano simili tra i diversi territori e tra servizio e servizio.

Con altrettanta evidenza, esce fortemente ridimensionato dall’orizzonte della missione dei Cdd l’aspetto di socializzazione, che risultava centrale nell’esperienza dei Cse. Il collegamento con la comunità e con il territorio ha infatti rappresentato uno degli obiettivi principali dei Cse, mentre fatica molto ad esserlo per i nuovi Cdd. Tutte le attività rimangono comunque orientate al benessere della persona con disabilità, ma spesso lontano dal contesto sociale e comunitario in cui il Centro Diurno si inserisce: di fatto si considerano prevalentemente e prioritariamente le esigenze assistenziali, riabilitative ed educative a cui il Cdd deve far fronte.

Tuttavia ogni centro può, in autonomia e in base alle proprie risorse, decidere se, con chi e in che misura svolgere attività esterne o in collegamento con la comunità, mantenendo tutti gli obiettivi della persona. Se però queste attività non sono riconosciute nell’accreditamento regionale, non vengono nemmeno sostenute finanziariamente dalla Regione e pertanto la libera iniziativa dei centri diurni rispetto all’apertura verso il territorio, anche con semplici uscite, è fortemente condizionata, dunque, dalla sostenibilità economica: il finanziamento di queste attività potrebbe ricadere quasi interamente sulla famiglia, andando ad incidere interamente sulla retta.

12.3.1. Cdd: le ragioni del successo

Al 31.12.2008 gli utenti dei Cdd, in tutta la Regione, erano 6.000. Il percorso intrapreso dall'amministrazione lombarda ha chiarito, con il passare del tempo e attraverso le delibere che si sono susseguite, il ruolo e le funzioni di questa tipologia di servizio, e che cosa effettivamente comportasse il passaggio da Cse a Cdd. Non è stato da subito chiaro che cosa sarebbe accaduto alle strutture che optassero per il mantenimento della forma Cse, cioè che permanessero nell'ambito sociale.

Questi passaggi ad oggi si rilevano dalle analisi territoriali (Piani di Zona): quasi tutti i Cse pre-esistenti hanno optato per procedere all'accreditamento come Cdd. Un processo atteso e comprensibile, date le caratteristiche delle persone generalmente in carico e date le garanzie che il far parte del sistema socio-sanitario fornisce anche in termini economici.

Anche dal punto di vista dei familiari l'inserimento della persona con disabilità in una struttura socio-sanitaria comporta maggiori garanzie nel livello di "protezione" (gli standard assistenziali sono ovviamente più elevati), nella durata – continuità dell'intervento (vista la garanzia di far parte di un sistema codificato a livello regionale e non comunale), ma anche dal punto di vista economico, perché pur in presenza di sempre maggiori richieste di partecipazione alla spesa da parte dei Comuni, la quota maggiore viene comunque erogata dalla Regione.

In mancanza di Lep – livelli essenziali per le politiche sociali – regionali e nazionali, e di conseguenti finanziamenti dedicati, l'accesso, la frequenza e la fruizione di servizi socio-assistenziali diurni e ancora di più per quelli domiciliari e residenziali risulta invece più difficile, con minori garanzie di presa in carico e continuità, date le sempre più precarie condizioni economiche in cui versano i Comuni.

Bibliografia

- AA.VV. (2009), *I centri diurni per disabili: una costante evoluzione*, Numero monografico di "Prospettive sociali e sanitarie", 13.
- CAFFARENA C. (2008), *I progetti di vita indipendente*, in GORI C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci, pagg. 211-233.
- GIANCATERINA F. (2006), *Come evitare il giro dell'oca dell'assistenza. Riflessioni in forma di glossario sugli interventi per le persone disabili*, Milano, Franco Angeli.