

SINTESI PRINCIPI GENERALI

I principi che a mio avviso vanno valutati sono quelli relativi il presupposto dell'integrazione socio-sanitaria, valore questo indiscutibile sul piano culturale e filosofico, ma estremamente rischioso al momento dell'applicazione complementare dei vari servizi siano essi sociali che sanitari.

L'intervento sanitario riabilitativo richiede conoscenze altamente specialistiche e strutture operative che abbiano una organizzazione idonea a promuovere ed attuare interventi specifici a secondo del bisogno, dell'età e della situazione complessiva della persona disabile.

La disabilità pur avendo una dimensione sociale ed esistenziale importantissima è anche una patologia che richiede risposte tecnico-scientifiche adeguate ed idonee ad ogni singolo caso.

Gestire il percorso assistenziale presuppone una forte competenza e capacità nell'equilibrare l'aspetto prevalente sanitario con quello sociale ed ambientale altrimenti si corre il rischio di creare un mixer che non ha chiari i tempi ed i modi di esecuzione e che può essere deviato a secondo della competenza o della prevalenza di un'interpretazione culturale.

E' indispensabile pertanto disporre di servizi molto snelli e flessibili oltre ad avere una determinata componente di efficienza ed efficacia.

Quanto sopra presuppone un livello culturale di competenza tecnica ad altissimo livello. La riabilitazione oggi è tutt'altra cosa rispetto a quella di 30/40 anni or sono. Si è transitati dalla figura dell'operatore unico a quello del terapeuta altamente qualificato capace di progettare e programmare ed intervenire con azioni molto specifiche e raffinate.

Quanto sopra evidenzia il bisogno di valutare ogni azione anche in termini di costi- benefici non solo sanitari ma anche sociali.

Si evidenzia che una alta percentuale di persone disabili se precocemente ed adeguatamente "trattate" possono arrivare ad una integrazione sociale, lavorativa e di autonomia pressoché totale. Si può con buona certezza affermare che almeno il 30% della popolazione disabile può pervenire a questi livelli e quindi uscire da un sistema di "assistenza a vita" per entrare in un modello di tutela non più diretto ma organizzato in termini di monitoraggio.

Un altro aspetto relativo la continuità delle cure è determinante per evitare forme di regressione e di aggravamento tali da ricondurre le persone in una situazione di regressione pressoché totale. E' evidente che nel principio di "continuità della cura" ovvero nel "prendersi cura di" rientrano tutte quelle azioni non solo strettamente socio-riabilitative ma anche tutte quelle azioni sociali, educative, relazionali che sono il tessuto di base per il mantenimento di un equilibrio e stabilità.

Il concetto di riabilitazione acquisisce come principio primario l'insieme della persona nei suoi aspetti funzionali, relazionali, culturali ed esistenziali.

Sintetizzando si può affermare che la riabilitazione opera su tre fondamentali pilastri che sono: prevenzione, cura e mantenimento e che in ogni pilastro deve essere presente un'azione tecnico-scientifica di ordine sanitario da un lato e di una corrispettiva azione sociale (educativa, economica, etc.) dall'altro.

La complementarietà di queste due azioni permette la costruzione del progetto riabilitativo l'alternanza o univocità di una delle due risposte è presupposto di fallimento e regressione.

Non esiste un'età o patologia per la quale si possa a priori definire un inizio e un termine dell'intervento, ogni caso ha una sua specifica identità e una sua specifica soluzione.

Anche se gli interventi rivolti alle persone disabili possono assumere forme che non rientrano nella comune cultura sanitaria, devono essere considerati a tutti gli effetti una azione di intervento terapeutico che richiede la competenza, la modalità e la capacità progettuale tipica di qualsiasi altra azione sanitaria.


Sequenze d'interventi scientificamente validati, coordinamento delle azioni, condivisione del progetto necessitano di molte competenze professionali che debbono rientrare in un contesto culturale comune per differenziarsi solo nella specificità dell'azione e dell'intervento.

Tutti gli interventi effettuati debbono avere una validità conosciuta e condivisa e devono essere strutturati come risposta a quel specifico individuo evitando un utilizzo esasperato di protocolli e modalità generiche.


Deve essere molto chiara la differenza dell'intervento riabilitativo da quello socio-assistenziale. I tempi e le modalità di cura devono essere dichiarati e verificati nei loro risultati, cosa ben diversa rispetto a forme di assistenza generica alla persona che non ha e non può avere un riscontro alternativo all'intervento terapeutico.

E' indispensabile chiarire un ultimo punto, ovvero l'improprio uso terminologico che ha creato e continua a creare confusioni che si riverberano sul sistema organizzativo e gestionale. Un esempio per tutti: quando si parla di interventi intensivi/ estensivi/mantenimento si deve chiarire che nell'ambito dei servizi ex art. 26 il concetto di intensivo non esiste in quanto la patologia è acclamata ed ha superato la fase acuta che giustifica l'intensività (attività tipicamente ospedaliera) pertanto si deve considerare univocamente la possibilità di interventi estensivi di mantenimento, i primi a totale carico del servizio sanitario i secondi compartecipati come previsto dall'attuale legislazione.

Ulteriori aspetti tematici



**UN INDIVIDUO CON DISABILITÀ, PER QUANTO
GRANDE POSSA ESSERE IL SUO DEFICIT, È UN
ESSERE UMANO E NON PUÒ ESSERE MAI
QUALCOSA DI DIVERSO**

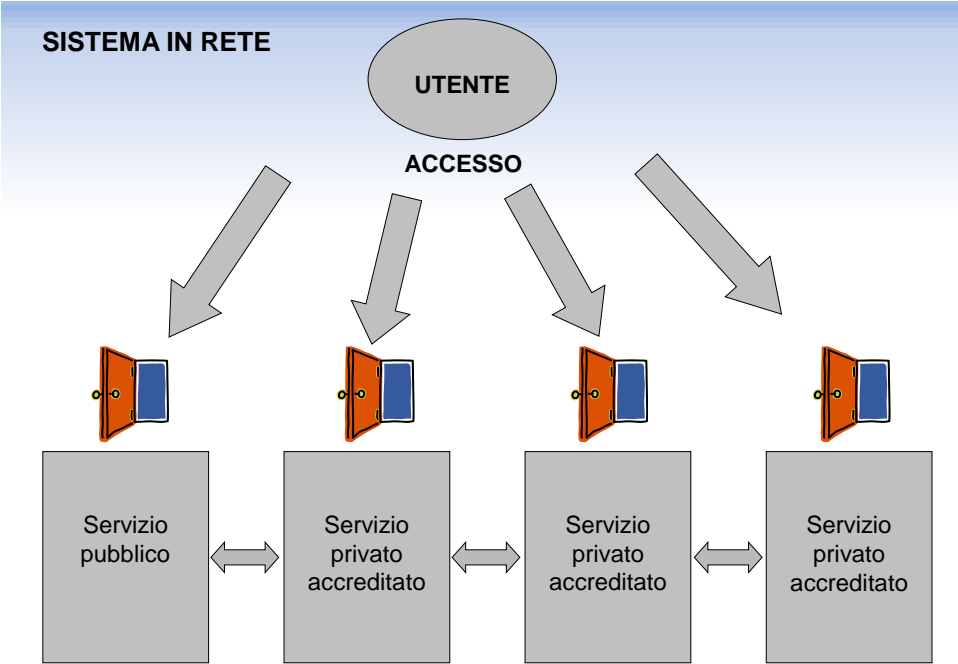


**LA PERSONA CON DISABILITÀ HA UNA
SUA INDIVIDUALITÀ INVIOLABILE E
IRRIPETIBILE**

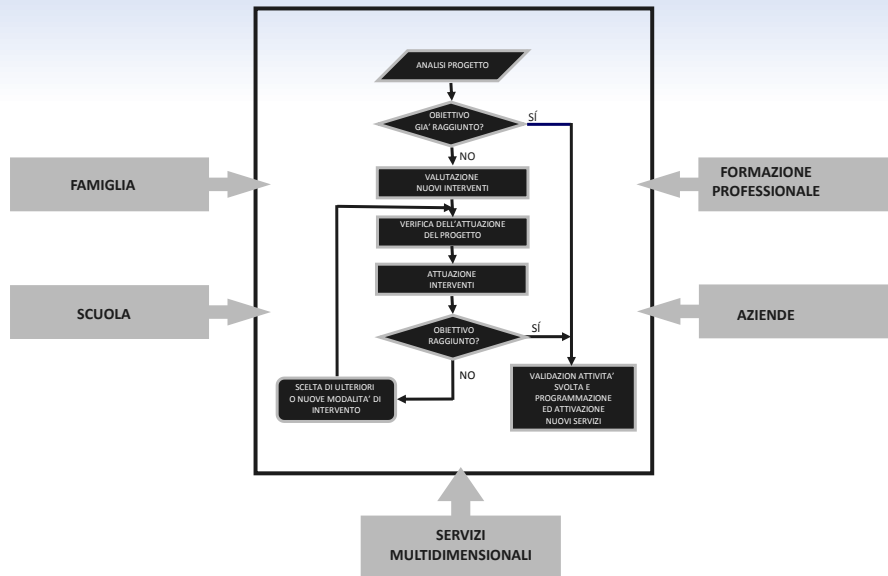
**CURARE
EDUCARE
PRENDERSI CURA**

**SOLO CON L'EQUILIBRIO DI QUESTE 3 AZIONI SI
OTTENGONO RISULTATI.
PER RAGGIUNGERLI BISOGNA POSSEDERE ALCUNE
PREMESSE:**

- 1. UNA SALDA VISIONE ANTROPOLOGICA**
- 2. LA CAPACITÀ DI MEDIARE TRA SCIENZA E UMANESIMO**
- 3. UNA TRADIZIONE CONSOLIDATA**

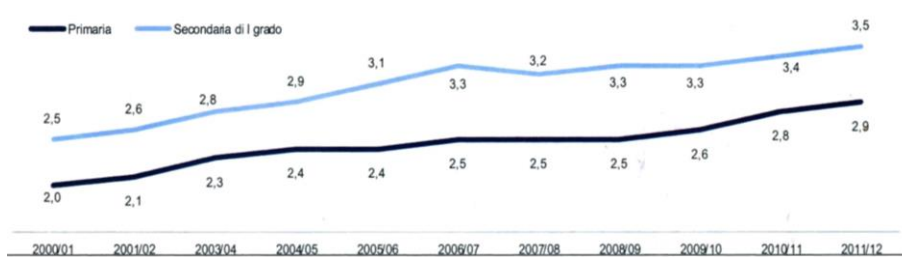


**SCHEMA DELLA METODOLOGIA DI INTERVENTO
DELLE STRUTTURE E MODELLO DI COLLEGAMENTO
- SISTEMA DI REGIA -**



**L'INTEGRAZIONE DEGLI ALUNNI CON DISABILITÀ
NELLE SCUOLE PRIMARIE E SECONDARIE
DI PRIMO GRADO STATALI E NON STATALI**

ALUNNI CON DISABILITÀ PER ORDINE SCOLASTICO E ANNO SCOLASTICO
Anno scolastico 2011/12, valori per 100 alunni con disabilità



Fonte: dati MIUR

**SVILUPPO PRIMARIO DI SERVIZI RESIDENZIALI PER SOGGETTI
CON DISABILITÀ IN UNA FORMA DI COLLABORAZIONE TRA
SOGGETTI PRIVATI E PUBBLICI**

