

# RIFLESSIONI SUL DIRITTO ALLA SALUTE PER LE PERSONE CON DISABILITÀ

PIETRO BARBIERI

PRESIDENTE FISH - FEDERAZIONE ITALIANA PER IL SUPERAMENTO DELL'HANDICAP

*Le questioni che si affrontano possono avere due risvolti: la semplificazione di procedure e la qualificazione di attività assistenziali, nonché potenziali razionalizzazioni con eventuali benefici per la spesa pubblica. Si tratta, quindi, di porsi nell'ottica della revisione della spesa che il Governo ha cominciato ad affrontare*

## ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITÀ, DELL'HANDICAP E DELLA DISABILITÀ

Da diverso tempo questo argomento è strumentalizzato a fini politici e di affermazioni accademiche alquanto ardite. Semplicisticamente spesso tutto ruota attorno al capitolo della spesa per l'indennità di accompagnamento (circa 12 miliardi di euro), del quale esiste una banca dati nazionale rilevante anche dal punto di vista statistico.

Su questa limitata e parziale disponibilità di informazioni si sono esercitati autorevoli esponenti politici e autorevoli ricercatori di ambito economico e sociale. Nelle loro tesi costoro non tengono in considerazione il fatto che la spesa per la disabilità e per la non autosufficienza in percentuale sul PIL (Prodotto Interno Lordo) del nostro Paese è la terzultima dell'Europa a 27. Anche la supposta battaglia sui falsi invalidi si è rivelata insignificante sia dal punto di vista numerico che qualitativo (molte delle persone stigmatizzate dai mass media, e per lo più scoperte dalla Guardia di Finanza, hanno presentato certificazioni artefatte al fine dell'ottenimento dell'emolumento in questione, non quindi redatte da alcuna commissione medica legale). Ciò non toglie che il fenomeno dei falsi invalidi non sia esistito: esso è riconducibile alle disabilità minimali che davano l'accesso alle liste di disoccupazione prima degli invalidi (L.482/68) e poi dei disabili (L. 68/99). Basta scorrere le cronache dei giornali dal 1984 al 1994 per trovare riscontro delle inchieste giudiziarie sugli invalidi assunti come postini, o il costo di un posto di lavoro pubblico specie nel Centro-Sud Italia.

Questo significa che è indispensabile ritornare a ragionare sulle modalità di accesso a prestazioni, servizi e diritti in maniera innovativa e scevra dalle impostazioni ideologiche che

ne caratterizzano la dimensione politica, accademica e mass-mediatica. Bisogna quindi ritornare ad analizzare i dati per come vengono proposti da Eurostat, da Istat ecc. Nel confronto con altri Paesi, e soprattutto con la Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità, ratificata con la L. 18/09, ci ritroviamo ad avere una modalità valutativa che non ha nulla della presa in carico, ma molto dello stato ottocentesco che percepisce i Cittadini come potenziali truffatori. Per questa ragione abbiamo coniato una metodologia valutativa inesistente in letteratura scientifica internazionale. Essa è fondata sulla "capacità lavorativa" che, come noto, è assolutamente variabile in base alle condizioni fisiche e psichiche della persona, al contesto in cui vive e lavora nonché al tempo che vive. Quando è stata istituita, infatti, le persone con disabilità intellettiva lieve dotate di buona manualità e di capacità al lavoro ripetitivo trovavano ovviamente una più facile collocazione rispetto a persone con disabilità motorie con scarsa mobilità degli arti inferiori e superiori.

Oggi, al contrario, ci troviamo nella condizione radicalmente inversa, ed infatti la relazione al Parlamento sulla L. 68/99 restituisce un quadro molto chiaro dove la disoccupazione delle persone con disabilità riguarda essenzialmente persone con disabilità intellettiva oppure persone con l'esperienza della salute mentale.

Crediamo che la Convenzione ONU già citata, nonché la Classificazione Internazionale OMS del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), rappresentino un'occasione per modificare le modalità di presa in carico delle persone con disabilità di qualunque età e natura. Il Ministero della Salute e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, assieme al Centro Collaboratore dell'OMS sull'ICF in Ita-

lia, hanno già sviluppato una serie di proposte anche sulla scorta della pressione delle associazioni delle persone con disabilità e dei loro familiari. L'Osservatorio sulla Convenzione ONU istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali al quale partecipa un delegato del Ministero della Salute, ha compiuto un passo in avanti, e nella sua attività di costruzione del Piano di Azione del Governo per l'attuazione della Convenzione ONU, sta elaborando un indirizzo costruito sul documento che alleghiamo a margine.

L'ostacolo è insito nell'attuale sistema certificativo che vede una strutturazione elefantistica del sistema certificativo attorno alla medicina legale che ha potuto contare sulla costruzione di ruoli dirigenziali di unità operative semplici e di unità operative complesse all'interno delle ASL. Abbandonare un sistema di certificazione ed un approccio culturale stratificato negli anni potrebbe mettere a rischio tali postazioni. Il Ministero della Salute, dall'emanazione delle tabelle sull'invalidità civile del 1992, non ha mai esercitato le sue funzioni di normazione all'interno dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e di orientamento con linee guida. Tale vuoto ha consentito all'INPS di proporsi come interlocutore privilegiato del Governo sulla materia al punto di realizzare delle proprie Linee Guida nel 2011 che devono essere rispettate anche dai medici ASL. Allo stesso tempo, però, il fattore tecnico-scientifico che guida l'INPS è assolutamente speculare a quello delle ASL. Ciò significa che nutre la stessa avversione per l'innovazione proposta dall'ICF e dalla Convenzione ONU. Infatti, nella strutturazione della propria banca dati informatica, l'INPS ha previsto la possibilità dell'utilizzo dell'ICF per quanto attiene le certificazioni di handicap di cui all'articolo 3 della L. 104/92, mantenendo separate le altre certificazioni. Tutto ciò non fa che aumentare la capacità occupazionale dell'INPS che oggi, tra verifiche dirette e indirette, è diventata ipertrofica e scarsamente qualitativa, come afferma la stessa associazione di medici legali dell'Istituto. A tal proposito va detto che se la costruzione della banca dati informatica poteva necessitare di uno sforzo straordinario in termini di investimenti di strumenti e di personale, attualmente essa è ormai completata. A fronte di ciò, per fare un'indagine sui certificatori di ogni territorio e sulle certificazioni emesse, mirata a rilevare eventuali abusi, è necessario un team di informatici e di medici

legali particolarmente capaci e di grande spessore etico. Non è più indispensabile che essi facciano parte di ogni commissione di accertamento dell'invalidità, dell'handicap e della disabilità. Arbitrariamente, inoltre, l'INPS ha rimesso in piedi un ricorso amministrativo di secondo grado abrogato nel 2003, poiché il contenzioso ha raggiunto dei livelli emergenziali (si parla di circa 400.000 cause giacenti nei Tribunali). Esso però è dell'Istituto e non è di garanzia del diritto del Cittadino, pertanto previsto per norma e affidato ad enti competenti (le Regioni).

Al posto di un'inutile campagna sui "falsi invalidi", che nascondeva solo ed esclusivamente il tentativo (in parte riuscito) da parte dell'INPS di assumersi competenze spettanti a Regioni e ASL, sarebbe il caso di procedere ad una riorganizzazione del sistema che sapesse ancorarsi a criteri tecnicamente e scientificamente validati a livello internazionale e al contempo sapesse dotarsi delle necessarie strumentazioni professionali, tecnologiche e logistiche, al fine di costruire una vera e propria presa in carico, che sapesse accogliere il Cittadino con disabilità e i suoi bisogni, non certificarli con un valore legale ormai del tutto superfluo anche nei tribunali.

È evidente che da questa riflessione non può che scaturire un indirizzo a un nuovo orientamento normativo che ricostruisca percorso e filiera e ad un nuovo approccio che sappia cogliere i fattori personali di funzionamento e ambientali in cui la persona con disabilità vive. A nostro giudizio sarebbe utile elaborare una norma che delegasse al Governo, e in particolare il Ministero della Salute, magari con il concerto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e, data la condizione del Paese, con quello del Ministero dell'Economia, ad emanare un provvedimento normativo che riordinasse l'intera materia.

Solo questo potrebbe superare le divisioni tra il personale medico, quello che è interessato a nuove soluzioni perché vede tutti i limiti dell'attuale sistema di valutazione, e quello più avvezzo alle "rendite di posizione".

Il Ministero avrebbe così l'opportunità di superare annose divisioni che hanno solo prodotto stagnazioni, le stesse che abbiamo potuto constatare nella lettura della bozza delle nuove tabelle di invalidità civile. In alcuni casi percepiamo persino una surroga del potere politico da parte di coloro che compongono la commissione: vorrebbero decidere arbitra-

riamente e secondo loro valutazioni chi potrebbe avere accesso a determinate prestazioni e chi no. Ad esempio è stato constatato come sia stato eliminato il punto d.9 sull'autismo.

Come detto in premessa, siamo anche a proporre ragioni di contenimento della spesa pubblica e al contempo di partecipazione al rilancio dello sviluppo. Nel primo caso la destrutturazione dell'attuale commissione medico legale potrebbe portare ad un conferimento di funzioni di redazione ad ambiti amministrativi, ma soprattutto all'eliminazione di almeno la metà dei quattro medici attualmente presenti (medico ASL, medico specialista ASL, medico rappresentante delle categorie e medico INPS). Lo stesso accorpamento delle certificazioni in una porterebbe a ridurre il numero di visite. Quanto al secondo tema il Ministero della Funzione Pubblica all'interno delle sue analisi sulla semplificazione amministrativa, ha svolto un'interessante ricerca, quantificando quanto le persone e le famiglie potrebbero risparmiare da una certificazione unica. Secondo i parametri della Commissione Europea in materia, le risorse risparmiate vengono impiegate in nuovi consumi. Sarebbe utile, dunque, che il Ministero della Salute si proponesse di acquisire quel materiale.

#### **LEA, AUSILI, PROTESI ED ORTESI**

Un ambito dei LEA spesso dimenticato, perché considerato di nicchia, è l'erogazione di ausili, protesi e ortesi, sistema regolato attualmente dal Decreto Ministeriale 332/91. È abbastanza superfluo elencare le ragioni per le quali le tecnologie esistenti si siano enormemente evolute dal 1999 ad oggi. Corre l'obbligo però di ricordare come quel provvedimento nell'ottica del legislatore fosse considerato uno "strumento ponte".

L'allora ministro Rosi Bindi e l'allora direttore generale, professoressa Nerina Dirindin, capirono che l'argomento di nicchia in realtà tale non era: non parliamo certo delle cifre della farmaceutica, ma ciò che fece insospettire i massimi livelli del Ministero in quella fase fu che su questa materia non vi fossero informazioni, poiché né il Ministero né le singole Regioni potevano produrre informazioni sulla spesa totale, su quale ambito di spesa fosse prevalente ecc. Tale provvedimento quindi era inteso a costruire una capacità di conoscenza sufficientemente analitica, per capire se vi

fossero delle strutture ed eventualmente come raddrizzarle prima di compiere un passo definitivo verso il superamento di codici di completa invenzione autoctona.

Le vicende politiche successive hanno restituito fiato a coloro che commerciano ausili e che vivono una rendita di posizione. Infatti l'erogazione degli ausili è passata dall'essere interamente pubblica (quando pubbliche erano le Officine Ortopediche Rizzoli) ad interamente privata e a completo e totale appannaggio di aziende ortopediche e di aziende sanitarie. La ratio quindi, tuttora in vigore, è che il medico prescrittore, con scarsissima conoscenza della materia, identifichi e prescriva un codice. L'utente, poi, con la sua prescrizione, una volta autorizzato dall'ASL, si reca da un'azienda ortopedica o sanitaria che nonostante impieghi personale abilitato, ha ovviamente come faro principale la propria sopravvivenza economica e il proprio profitto. L'azione delle lobby economiche, quindi, ha interrotto un percorso che tendeva a restituire alla responsabilità pubblica l'onere di erogare il prodotto più adeguato ai bisogni della persona richiedente e di sua scelta.

Su questa materia si possono prospettare due ambiti di azione, premesso che il primo sarebbe l'approvazione del nuovo Nomenclatore Tariffario inserito all'interno dei "famigerati" LEA prima approvati e poi ritirati:

- abrogare la funzione di autorizzazione da parte delle ASL. È l'unica prestazione sanitaria che ancora oggi ha questo istituto e così come comprovato in altri campi, ha una funzione di controllo della spesa decisamente ridicola. Se vi è un prescrittore e se il sistema sanitario è fondato su una spesa determinata da prescrizioni mediche, non si comprende per quale ragione questo sembri dover essere un "regno autonomo" di passati regimi. Anche meno di un terzo del personale attualmente impiegato nelle funzioni di autorizzazione potrebbe essere più proficuamente impiegato nella strutturazione di un data base informativo che sapesse tenere sotto monitoraggio prescrizioni, erogazioni e collaudasse in tempo reale, identificando sprechi, abusi ed elusioni con estrema facilità. Il restante personale potrebbe essere impiegato nei servizi territoriali che sono sempre sotto organico;

- istituire il repertorio degli ausili, delle ortesi e delle protesi. C'è bisogno di una prescrizione che non lasci margini alle pulsioni legittime, ma improprie del mercato e quindi, oltre ad una ratifica della classificazione europea degli ausili, è necessario prevedere quale ausilio (marca e modello), con le sue caratteristiche tecniche, corrisponda a quale codice. È necessario che ciò sia normato e al contempo realizzato da un'autorità indipendente. Un repertorio di siffatta natura consentirebbe all'équipe riabilitativa di svolgere a pieno la propria funzione di valutazione delle autonomie e di prescrizione degli ausili e le ASL territoriali sarebbero messe nella condizione di poter contrattare il miglior prezzo a fronte di una qualità garantita da un percorso che identifica l'ausilio interamente pubblico o a tale valenza poiché accreditato.

Su entrambi i fronti siamo in grado di produrre un articolato normativo.

#### RIABILITAZIONE E ABILITAZIONE

Il tema della riabilitazione è altrettanto controverso: alcune aree scientifiche, in consonanza di intenti con le aree imprenditoriali (i cui più autorevoli esponenti sono tra i primi indiziati in indagini per corruzione e concussione), emulando perlomeno sulle pagine dei giornali quanto all'inizio degli Anni Novanta era stato scoperto nell'ambito dell'assistenza farmacologica, propongono un modello che a livello internazionale è identificato come riabilitazione medica, centrata sul canonico centro di riabilitazione (Codice 56), che surroga funzioni del livello territoriale e dell'alta specialità. Gli ambulatori di riabilitazione drenano utenze dagli interventi domiciliari o ambulatoriali del territorio. Alcune Regioni, ad esempio la Lombardia con la Fondazione Maugeri, hanno accreditato Codici 75 (*traumi cranici*) e Codici 28 (*lesioni midollari*), pur non disponendo in alcuna sede di DEA (Dipartimenti di Emergenza, di Urgenza e di Accettazione) di secondo livello. Questa patologia ha sconfinato nella normazione attraverso l'approvazione del Piano Nazionale di Riabilitazione.

Sia pur in presenza di citazioni dell'ICF e della Convenzione ONU, il Piano Nazionale non fa altro che affermare la necessità di degenza in centri di riabilitazione piuttosto che la presa in carico del territorio. Afferma che il medico è il *dominus*, in contrasto a quanto affermato nelle Linee Guida sulla Riabilitazione del 1998 e in tanti altri documenti

sull'autonomia professionale degli operatori della riabilitazione e della necessità di costruire in équipe il progetto riabilitativo. A ciò va aggiunto che l'articolo 26 della Convenzione ONU, cogente per il nostro Paese e neanche citato nel Piano Nazionale, dà una definizione di riabilitazione perlomeno più innovativa e più aderente agli standard internazionali.

Si riconosce che il tema centrale è l'*abilitazione* e l'*empowerment* della persona e pertanto la sua *inclusione sociale*. Una riabilitazione d'organo o di un mero recupero funzionale è del tutto superata dalla storia. Non a caso è pratica internazionale diffusa il ricorso prevalente della disciplina della terapia occupazionale affinché nel percorso riabilitativo la persona finalizzi il suo progetto riabilitativo allo studio, al lavoro, all'affettività e alla relazione sociale.

L'articolo 26 della Convenzione ONU addirittura introduce un nuovo paradigma per orientare il sistema riabilitativo all'interno di un nuovo meccanismo come l'*empowerment*: il *peer counseling*, ovvero il confronto tra pari, persone che hanno lo stesso vissuto, chi ne vive una prima fase e chi invece ha un orizzonte della disabilità ormai maturato. Il rapporto globale sulla cronicità dell'OMS, facendo leva su questo nuovo paradigma, arriva ad affermare che il medico e il personale sanitario devono trasformarsi da prescrittori in consiglieri, rendendo evidente come l'intera équipe, e quindi l'intero sistema, si debbano modificare. Nel mondo occidentale, e ormai anche nei cosiddetti "Paesi BIC" (Brasile, India, Cina), tale paradigma trova già applicazioni e pubblicazioni scientifiche. Anche nel nostro Paese esistono alcune buone pratiche che però non trovano nessun genere di normazione se non nelle Linee Guida sulle Unità Spinali della Conferenza delle Regioni del 2004. Quindi, se si cambiano obiettivo, finalità, approccio, metodo e strategie, appare del tutto evidente che il Piano Nazionale della Riabilitazione è del tutto anacronistico e pertanto poco utile, se non ad affermare rendite di posizione, purtroppo in una certa misura agli onori della cronaca.

Sarebbe utile quindi ripensare alcune parti del Piano Nazionale in un documento di analisi più puntuale dei percorsi e dei processi riabilitativi, che declini, questa volta davvero però, l'articolo 26 della Convenzione ONU.

A tal fine si propone di elaborare due orientamenti:

- l'elaborazione di un nuovo documento applicativo della Convenzione ONU e del Piano Nazionale da approvarsi in Conferenza Stato-Regioni;
- l'elaborazione di linee guida scientifiche che accreditino ciò che è realmente validato dalla letteratura internazionale - condizione di disabilità per condizione di disabilità -, analogamente a quanto ha realizzato l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con le Linee Guida sull'Autismo, le quali infatti hanno sollevato numerose proteste da parte di chi opera secondo vecchi stereotipi e senza alcun aggiornamento, provocando seri danni alle persone con autismo. Si pensa che debbano essere previsti numerosi documenti di indirizzo da parte dell'ISS. Un primo e non esaustivo elenco di priorità potrebbe essere: stati vegetativi e di minima coscienza; sclerosi laterale amiotrofica; traumi cranici; paralisi cerebrali infantili; lesioni midollari.

Proprio le considerazioni sulle *Linee Guida sull'Autismo* dell'ISS rendono drastica la necessità di modificare alcuni canoni attualmente presenti nel mondo della riabilitazione. Persone con disabilità intellettiva e persone con esperienza della salute mentale hanno ben poco da chiedere a un sistema fondato sul recupero funzionale e sulla riabilitazione d'organo. Potrebbero invece raggiungere risultati insperati e fino a pochi anni fa utopici, nel caso in cui si mettesse a regime l'articolo 26 della Convenzione ONU, specie nell'area dell'abilitazione.

L'obiettivo dell'inclusione sociale in questo

caso è una finalità riabilitativa da mantenere nel tempo: abilitare una persona a cucinare autonomamente è un percorso terapeutico da ripetere nel tempo e spesso senza limitazioni. È vero che tali persone sono attualmente quasi interamente a carico del Sistema Sanitario Nazionale, ma lo sono a fini essenzialmente di contenimento, sia residenziale che semiresidenziale. Cambiando il fine, cambia la natura della prestazione e i suoi contenuti professionali, ma è sempre dentro il campo della riabilitazione e abilitazione. Nel nostro Paese, come accade di sovente, produciamo delle sperimentazioni di particolare valore in relazione ai settori esposti, come il budget di salute. Sulla scorta dell'esigenza di interrompere l'esperienza manicomiale, sulla salute mentale è stato prima teorizzato e poi realizzato un processo amministrativo di integrazione tra attività sanitarie e servizi sociali che parte dal progetto di vita della persona contrapposto alle esigenze di promulgazione *ad libitum* della loro vita in ambito segregante. Una particolare esperienza è collegata nell'ASL di Caserta 2, dove una stagione basagliana ha costruito e radicato nel territorio percorsi abilitativi e di vita che hanno generato piccole comunità familiari e inclusione lavorativa attraverso la riscoperta dei lavori manuali, nella ristorazione e nell'agricoltura. In tali territori si riscontra una gigantesca disoccupazione per tutta la popolazione e un'incidenza della criminalità organizzata in ogni attività economica di particolare rilievo. Ebbene, proprio a Casal di Principe è stata istituita una di queste comunità. Al fine di collocare da un punto di vista tecnico-amministrativo e scientifico tali

## I nodi giuridici della condizione di Rom e Sinti in Italia

In due tomi sono raccolti gli atti del convegno internazionale su "La condizione giuridica di Rom e Sinti in Italia", tenutosi nel giugno 2010 a Milano. Vengono analizzati l'ordinamento giuridico italiano e la relativa giurisprudenza, l'ordinamento dell'Unione Europea e la giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo. Sono inoltre presenti riflessioni di diritto comparato e analisi del diritto vigente in alcuni Paesi europei, analisi sociologiche, contributi di carattere linguistico, politico e medico e analisi di prassi amministrative e giudiziarie, oltre a riflessioni di rappresentanti di istituzioni italiane ed europee e comunicazioni e testimonianze di rappresentanti del privato sociale, dell'associazionismo e dei gruppi Rom e Sinti presenti in Italia.

Paolo Bonetti, Alessandro Simoni, Tommaso Vitale, **La condizione giuridica di Rom e Sinti in Italia. Tomo I e Tomo II**, Giuffrè, Milano, pp. 1362, euro 120.00.



esperienze, Fabrizio Storace ha pubblicato per Carocci il *Manuale pratico per l'integrazione socio-sanitaria*.

Da quella esperienza e da tutte le analisi che ne sono state fatte dal punto di vista scientifico, sarebbe importante trarre un'articolazione normativa che potesse rafforzare quella attuale e successivamente dar vita a delle Linee Guida di Conferenza Stato-Regioni. Già dall'interno della discussione e delle consultazioni sui LEA "ritirati", fu proposta una bozza di quattro articoli facilmente rievocabile. Da una microanalisi economica condotta sul territorio dell'ASL di Caserta 2, risulta che vi sia un significativo risparmio delle risorse pubbliche sanitarie e sociali precedentemente investite.

In ultimo, il decreto sulla spending review prevede un taglio orizzontale del 5% su ogni atto convenzionale. Alla luce del fatto che i servizi territoriali orientati all'inclusione sociale rappresentano un numero assai ridotto e contestualmente un'attività irrilevante del sistema sanitario, riproponiamo in questa sede l'esigenza di eliminare quel taglio a servizi di riabilitazione o di integrazione sociosanitaria orientati alla de-istituzionalizzazione e all'inclusione sociale delle persone con disabilità, delle persone non autosufficienti e delle persone con esperienze di salute mentale.

Anche alla luce del Protocollo siglato tra il Ministero dell'Istruzione e il Ministero della Salute, avente come oggetto l'inclusione educativa, è ormai evidente che è necessario produrre integrazioni tra politiche e sistemi amministrativi. La vita di una persona non è

frazionabile e l'intervento della collettività rischia di essere moltiplicato per tanti diversi centri di costo. La legge di ratifica della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (L. 18/2009) prevede un Osservatorio con il compito di monitorare l'attuazione dei diritti umani per le persone con disabilità e al contempo di realizzare un piano di implementazione. Allo stato la presenza del Ministero della Salute è piuttosto debole, mentre tutti questi temi sono al centro della sua analisi finalizzata al monitoraggio e al piano di azione. Si intravedono quindi due criticità: la già citata debolezza di presenza del Ministero della Salute in quell'organismo, per altro non abrogato dalla legge sulla spending review, e la necessità di allargare il Protocollo d'Intesa tra Ministero della Salute e Ministero di Istruzione, Università e Ricerca, anche a Lavoro e Politiche Sociali, identificando l'Osservatorio come luogo di elaborazione delle politiche da implementare sulla disabilità. In entrambi i casi si tratta di semplici atti amministrativi, che qualora non venissero realizzati, si riprodurrebbero in superflui e ridondanti atti, o peggio di identificazione di ulteriori luoghi di integrazione dei luoghi delle politiche.

Un mancato intervento di concertazione e integrazione delle politiche semplicemente non rimuoverebbe le cause delle attuali distorsioni dei servizi pubblici verso l'erogazione di prestazioni dirette alle persone con disabilità, e il conseguente spreco di risorse pubbliche.

L'occasione dell'Osservatorio sulla Convenzione ONU e del Protocollo d'Intesa è pertanto essenziale.



## La postura interiore

La relazione educativa speciale trova la propria vitalità e salute in una postura educativa strutturata per riconoscere che anche nell'altro, nonostante la specialità del suo bisogno educativo, è presente e viva la medesima umanità. Solo a questa condizione l'educazione speciale si pone al di là e oltre i significati di assistenza, riabilitazione e cura sanitaria. Perché educare non è assistere, ne è compatire, non è riabilitare ed è molto di più che riconoscere nell'altro il diritto di essere educato. La professionalità dell'educatore speciale è data in primis da una struttura interiore funzionale all'agire educativo - la postura educativa - idonea a generare una vera accettazione dell'altro. Ciò comporta un lungo lavoro di esplorazione della propria personalità, in particolare delle ragioni prime della propria motivazione.

**Angelo Lascioli**, Quale postura interiore per l'educatore speciale?, In *Educazione speciale*, Angeli, 2012.