

Verbale di sintesi incontro 13 luglio 2026 Tavolo di lavoro sull'inclusione sociale e sport

Premessa

Il tavolo di lavoro ha riunito rappresentanti della Società della Salute, dei Servizi ASL (Salute Mentale, Autismo e disturbi del neurosviluppo), di numerose associazioni e cooperative sociali del Terzo settore attive su sport inclusivo, attività ludico-ricreative, autismo, disabilità e salute mentale, insieme a professionisti dei servizi (area psichiatrica e servizio sociale), con l'obiettivo di far emergere, a partire dalle esperienze dirette degli enti del Terzo settore, il quadro dei bisogni prioritari nell'ambito dell'inclusione sociale e dello sport delle persone con problematiche di salute mentale e disabilità, inclusi i soggetti nello spettro autistico. Attraverso una prima raccolta di contributi individuali e una successiva fase di aggregazione per famiglie tematiche, sono emerse quattro priorità condivise, cui si aggiunge un tema 'di sistema' trasversale, di seguito sintetizzate insieme ai principali bisogni e alle questioni sollevate dai partecipanti.

Priorità 1 – Bisogni aggregativi, ludici e sportivi

Il tema più ricorrente riguarda il riconoscimento dello sport, del gioco e del tempo libero come strumenti di aggregazione e di inclusione, e non come attività accessorie o di semplice intrattenimento: elementi cardine per lo sviluppo delle autonomie personali, cognitive e relazionali, propedeutici anche ai percorsi di autonomia abitativa e di inserimento lavorativo.

Principali bisogni e questioni emerse:

- Riconoscimento dello sport e dell'attività ludico-ricreativa come mezzo di aggregazione con finalità inclusive e di sviluppo delle autonomie personali e cognitive, non come semplice passatempo ma come elemento cardine della crescita individuale e di gruppo e delle competenze trasversali (skill trasversali propedeutiche ad autonomia abitativa e lavorativa).
- Diversificazione dell'offerta sportiva e ludica oltre le discipline più diffuse (calcio, pallavolo, nuoto), valorizzando attività che intercettano inclinazioni e talenti individuali (tennis, tennis tavolo, judo, karate, bowling, bocce, basket, scacchi, danza e hip hop), così da seguire le passioni della persona anziché proporre un'offerta standardizzata (il 'pasto pronto').
- Sport realmente inclusivo, in cui ragazzi con e senza disabilità giocano insieme nella stessa squadra e possono partecipare alle competizioni ufficiali, superando la logica dei gruppi composti da soli atleti con disabilità.
- Valorizzazione dello sport e del movimento come vera e propria cura: le persone con disturbi psichiatrici presentano un'aspettativa di vita significativamente inferiore a causa della sindrome metabolica; attività fisica, educazione alimentare e stili di vita sani (compresa la cessazione del fumo) hanno un impatto sanitario diretto.
- Attività fisica adattata lungo tutto l'arco della vita, dai bambini agli anziani (incluse persone con Parkinson), con la costruzione di un'offerta 'globale' e continuativa.
- Valorizzazione di linguaggi e strumenti espressivi – come la voce e il vocal coaching, la musica, la recitazione e le attività artistiche – quali leve di comunicazione, socializzazione e interazione sociale.
- Utilizzo consapevole e 'governato' degli strumenti digitali e dei videogiochi come occasione di socializzazione tra pari e di primo aggancio, ponte verso attività all'aperto e vita di comunità, superandone la sola lettura come fattore di isolamento.

- Costruzione di attività non frammentate, ma inserite nella quotidianità ordinaria (uscita da scuola, pranzo con gli amici, doposcuola, sport, tempo libero), a immagine della vita di adolescenti e giovani adulti.
- Attenzione al divertimento come chiave dell'attività e come bisogno esplicito delle persone coinvolte.

Priorità 2 – Bisogni di formazione per istruttori sportivi e operatori ludico-ricreativi

Strettamente connesso al primo, e in parte suo sottoinsieme, è il bisogno di qualificare le figure tecniche e gli operatori che accompagnano le attività. Oggi l'accesso ai contesti sportivi e ricreativi avviene spesso grazie alla sola buona volontà, con esiti variabili; occorre invece dotare istruttori e operatori di competenze specifiche nella relazione con le persone con disabilità e disturbi dello spettro autistico.

Principali bisogni e questioni emerse:

- Costruzione di percorsi formativi strutturati (nell'ordine di alcuni mesi) rivolti agli istruttori sportivi delle diverse discipline (palestra, judo, nuoto, tennis tavolo, calcio, baseball, ecc.) su come interfacciarsi efficacemente con ragazzi con autismo e disabilità, così da rendere realmente efficace l'attività sportiva.
- Logica del 'formare i formatori': valorizzazione di operatori ed enti già specializzati nel training affinché trasferiscano competenze agli istruttori e agli operatori dei contesti ordinari.
- Formazione specifica anche degli operatori dei contesti culturali e ricreativi (come sperimentato con la formazione degli operatori museali per l'accesso alle mostre), estendendo il modello ad altri ambiti del tempo libero.
- Sostegno economico e ricerca di fondi da parte delle istituzioni affinché le società sportive e le scuole già esistenti (es. scuole calcio) possano formarsi e accogliere bambini e ragazzi con disabilità, evitando che l'accoglienza gravi interamente su poche realtà con onerose équipe multidisciplinari.
- Valorizzazione delle reti e delle organizzazioni che già mettono a disposizione tecnici qualificati per lo sport unificato (es. Special Olympics) come risorsa di sistema per la formazione e la collaborazione.
- Formazione e informazione rivolte anche ai caregiver e alle famiglie, oltre che agli operatori tecnici, con momenti di restituzione dei risultati.

Priorità 3 – Bisogni di inclusione sociale

Un terzo nucleo di riflessioni ha riguardato l'inclusione sociale in senso ampio, a partire dal contrasto alla solitudine e allo stigma e dall'attenzione alle situazioni di maggiore vulnerabilità, spesso oggi prive di risposte adeguate o intercettate solo tardivamente.

Principali bisogni e questioni emerse:

- Contrasto alla solitudine come determinante di salute (richiamato il dato dell'OMS sull'impatto dell'isolamento), riconosciuta come condizione trasversale che riguarda persone con disabilità, anziani soli e caregiver.
- Attenzione al 'vuoto' che si crea dopo la scuola e nei tempi extra-scolastici, con la necessità di offrire occasioni di socialità e inclusione nel periodo dell'obbligo scolastico e oltre, anche in raccordo con lo sport a scuola.
- Continuità dell'integrazione al di là del contesto scolastico: superata la campanella, i ragazzi con disabilità vengono più raramente invitati a feste e momenti di socialità; forte criticità nell'accesso ai centri estivi, che spesso non accolgono minori con autismo di livello grave per carenza di operatori o costi elevati.

- Ipotesi di riconoscimento pubblico (es. voucher dedicati o criteri di priorità) per i centri estivi e i servizi ordinari capaci di garantire accoglienza qualificata, anziché creare percorsi 'speciali' separati.
- Intercettazione della vulnerabilità psicologica e psichiatrica dei minori stranieri non accompagnati e dei giovani a rischio di perdere i titoli di soggiorno, oggi spesso non riferiti ai servizi; valorizzazione delle unità di strada e della mediazione linguistico-culturale come 'traghettatore' del bisogno da e verso i servizi (spesso privi di mediazione, in particolare i CSM).
- Attenzione ai bisogni educativi dei minori con disturbo dello spettro provenienti da nuclei familiari con culture, tradizioni e aspettative differenti, e supporto/formazione ai caregiver anche nel far conoscere e utilizzare gli aiuti disponibili sul territorio.
- Superamento dello stigma e decostruzione degli stereotipi, per tornare a 'vedere la persona' (chi vive la condizione, il caregiver e chi vi lavora), poiché una comunità che accoglie rende più semplice l'inclusione.
- Attenzione specifica ai casi 'meno difficili' e all'autismo ad alto funzionamento, per i quali mancano occasioni, laboratori e attività in cui sperimentarsi in modo supportato insieme a coetanei senza disabilità.
- Integrazione tra i servizi di salute mentale e i percorsi rivolti agli autori di violenza (adulti e minori), spesso portatori di vulnerabilità psicologiche e relazionali, per lavorare sui fattori protettivi rispetto alla recidiva in un'ottica di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.
- Riconoscimento dell'educazione alla cultura della diversità come leva di inclusione e attenzione al peso economico e organizzativo del supporto educativo individuale.

Priorità 4 – Bisogni di autodeterminazione della persona

Un tema emerso con forza è quello dell'autodeterminazione, riconosciuta come fondamento del progetto di vita: superare la logica dell'offerta standardizzata per costruire percorsi e attività a partire dalle inclinazioni, dalle capacità e dai desideri della singola persona.

Principali bisogni e questioni emerse:

- Ripensamento dei servizi e delle attività sul principio dell'autodeterminazione, immaginando azioni diverse e innovative che seguano le inclinazioni della persona anziché proporre un'offerta uguale per tutti.
- Personalizzazione degli interventi ('welfare su misura'): comprendere il più possibile la persona, le sue capacità e le sue richieste – che non sempre coincidono con quelle dei familiari – e costruire su questa base occasioni di socialità e di sviluppo di passioni e competenze.
- Riconoscimento della persona come soggetto attivo, portatore di capacità espressive e di un bisogno di comunicare, da valorizzare aiutandola a interagire con gli altri con i propri strumenti.
- Priorità a progetti ampi e flessibili, non eccessivamente specifici, capaci di adattarsi a una disabilità che evolve nel tempo e ai bisogni mutevoli della persona e della famiglia.
- Ancoraggio delle scelte al progetto di vita, di cui l'autodeterminazione costituisce il punto di partenza.

Un tema 'di sistema' – Sistemi di servizi e attività integrati per i fattori protettivi e la continuità

Al di là delle singole priorità, il tavolo ha individuato un tema trasversale 'di sistema': la costruzione di sistemi di servizi e attività integrati capaci di lavorare sui fattori protettivi in un'ottica di prevenzione e di garantire continuità rispetto ai diversi tempi della vita e ai diversi setting assistenziali.

Principali bisogni e questioni emerse:

- Organizzazione integrata degli interventi che non coinvolga i soli servizi sanitari e sociali, ma metta in rete Terzo settore, mondo dello sport, scuola, famiglie e comunità.
- Sviluppo della 'prescrizione sociale' (social prescribing) come modalità per orientare le persone verso attività sportive, culturali e di comunità, individuando le condizioni operative per renderla realmente praticabile.
- Investimento sui fattori protettivi e sulla prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) come orizzonte di lavoro comune, oltre la sola risposta ai bisogni già conclamati.
- Garanzia di continuità nell'integrazione, che oggi tende a farsi frammentaria con l'avanzare dell'età fino a interrompersi (in particolare dopo la scuola secondaria), superando le 'cesure' tra i diversi tempi della vita e tra i diversi setting assistenziali.
- Attenzione affinché i nuovi presidi di prossimità (es. Case della comunità) non restino 'scatole vuote' o meri poliambulatori, ma diventino luoghi realmente comunitari e generativi di relazioni.
- Valorizzazione di modelli di reciprocità e apprendimento tra pari, in cui le persone che vivono una condizione possano a loro volta essere risorsa per altri.
- Cura del benessere degli operatori (es. spazi di movimento, meditazione, attività di gruppo), riconosciuto come parte integrante della qualità e della sostenibilità dei servizi.

Conclusioni e prossimi passi

Le quattro priorità individuate – bisogni aggregativi, ludici e sportivi; formazione degli istruttori e degli operatori; inclusione sociale; autodeterminazione della persona – insieme al tema di sistema relativo alla costruzione di servizi e attività integrati, sono state riconosciute dal tavolo come strettamente interconnesse: lo sport e il tempo libero qualificato si confermano leve trasversali di aggregazione, benessere e inclusione, la cui efficacia dipende dalla formazione delle figure coinvolte, dalla centralità e dall'autodeterminazione della persona e da una regia di sistema capace di garantire continuità e prevenzione. Il gruppo di lavoro ha convenuto di riprendere questi assi nel successivo incontro di programmazione, spostando la discussione dalla lettura dei bisogni alla definizione di proposte, azioni e alleanze concrete tra Servizi, Terzo settore, mondo dello sport e territorio.