

Sport e disabilità nella programmazione locale dei servizi*

Marco Piccoli

Responsabile Area Disabilità Azienda ULSS 22, Bussolengo (VR)¹

Cercherò di approfondire tra aspetti che ritengo significativi nel rapporto tra sport e disabilità:

- Il significato che può assumere lo sport per le persone con disabilità
- Lo spazio che viene riconosciuto allo sport per i disabili nei Piani di Zona delle ASL
- Quali competenze dovranno avere i tecnici che l'università immetterà sul mercato dei servizi socio sanitari e socio-educativi per i disabili nei prossimi anni.

Premetto che non userò volutamente i termini: "diversabile" o "diversamente abile" perché condivido gli obiettivi di una campagna che sta portando avanti Gianpiero Griffo (presidente di D.P.I.) assieme a parecchie altre persone con disabilità per l'abolizione di quei termini che nascondono fondamentalmente un'ipocrisia. E' vero che le persone con disabilità fanno alcune cose in modo differente, ma la differenza non le fa "diversamente" abili; chi usa da anni una carrozzina non la usa in modo diverso da chi cammina con le proprie gambe, semplicemente la usa, mentre l'altra persona non ci si è neanche mai seduta sopra. Preferisco pensare che **ogni persona sia diversa dalle altre** e che il termine andrebbe esteso a tutti e non riservato solo alle persone disabili.

Il significato che può assumere lo sport per le persone con disabilità

Da diversi anni mi occupo di servizi per le persone con disabilità del mio territorio (l'ULSS 22 di Bussolengo) e posso dire che le persone disabili sono ormai entrate a far parte della mia vita, con le loro storie e le loro difficoltà, ma anche con le loro battaglie ed i loro successi. Da sempre coltivo anche la passione per lo sport come strumento di benessere fisico, ma anche come canale importante di relazione con le persone e gli amici. Ma questo duplice significato dello sport, come strumento di salute e veicolo di relazione, se è vero per me può essere ancor più vero per una persona disabile.

Credo infatti che non ci sia bisogno di ribadire (specialmente in una Facoltà di scienze motorie) che lo sport e l'attività motoria hanno effetti positivi sulla salute delle persone. Credo sia invece importante sottolineare quanto lo sport possa essere elemento di strutturazione e di consolidamento dell'identità di una persona con disabilità. L'identità, negli esseri umani, si struttura progressivamente attraverso l'introduzione di modelli e la sperimentazione di ruoli socialmente riconosciuti. Da parecchi anni si dibatte nei convegni, dove si parla di disabilità, dell'importanza del lavoro e dell'integrazione lavorativa come elemento cruciale per l'assunzione di ruoli da parte delle persone disabili che permettano ritorni identitari concreti. Che facciano cioè sentire una persona meno diversa dalle altre e capace di azioni sociali attive. Da meno tempo si parla di sport come strumento altrettanto efficace per strutturare l'identità, sia nella sua dimensione agonistica, per i relativamente pochi che vi possono accedere, sia nella realtà meno ambiziosa e più quotidiana del territorio nel quale circolano esperienze di integrazione sociale attraverso lo sport.

Per un disabile, oggi, fare sport è ormai un diritto riconosciuto, molto più di altri, quale ad esempio quello di potersi fare una famiglia o semplicemente il diritto ad una vita sessuale ed affettiva piena, ed è una possibilità raggiungibile sia dal punto di vista pratico che culturale.

* L'articolo, riporta l'intervento tenuto il 27 ottobre 2006 presso la facoltà di Scienze motorie dell'Università di Verona. Si è volutamente lasciato lo stile del linguaggio parlato; nel merito i riferimenti sono relativi alla esperienza veneta anche se le considerazioni generali valgono per tutto il territorio nazionale

¹ In Regione Veneto l'applicazione dei D. lgs 502/1992 e 517/1993 ha previsto il mantenimento della vecchia denominazione di Unità Locale Socio Sanitaria (ULSS), anziché quella di Azienda Sanitaria Locale (ASL), per sottolineare il modello caratterizzato da forte integrazione sociale e sanitaria.

Quindi lo sport può essere importante nell'economia della vita delle persone disabili, anche se a volte può diventare un valore assoluto per coprire alcune mancanze. Oltre a fare sport, ci dovrebbe essere la possibilità di lavorare, di avere hobby, di avere un'interazione sociale.

In alcuni casi lo sport rischia di diventare tutto nella vita di un disabile; soprattutto in ambito agonistico: si punta al record, all'olimpiade, anziché all'interazione sociale. Ci si concentra solo sulla cultura della sfida, che pure a un disabile non deve essere negata. (Ho un cugino disabile che ha vinto una medaglia di bronzo alle paralimpiadi di Atene e so quanto ha investito di se stesso su quel risultato). E' invece importante, secondo me, creare la cultura dell'integrazione nella polisportiva sotto casa, dove è possibile praticare lo sport nel quotidiano. Lo sport diventa un mezzo per conoscere e superare le difficoltà dovute alla diversità. Ed è ciò che, per esempio, hanno provocato i ragazzi disabili della Polisportiva Pallavicini di Bologna quando hanno sfidato una squadra "normale" a pallavolasket, gioco creato con un pallone da pallavolo, in campo da basket, dove non si poteva fare canestro con le regole tradizionali. Le regole nuove permettono a tutti di giocare sullo stesso piano.

Da venti anni il Centro documentazione handicap di Bologna, inventando modi nuovi di giocare, porta le tematiche dell'handicap nelle scuole attraverso il Progetto Calamaio. A scuola lo sport è la materia più abbandonata, maltrattata, sottovalutata e, normalmente, chi ha un deficit non fa l'ora di educazione fisica, oppure ha l'esonerazione, o al massimo i disabili vengono usati per tenere i punti. Anziché escludere chi sta in carrozzina, il Progetto Calamaio propone a tutti di sedersi in carrozzina, o più facilmente su una sedia, e poi si gioca da seduti. Il fatto di adattare le regole alle persone, e non il contrario, permette più facilmente di creare un'integrazione, con regole che rendono il gioco divertente, e mai banale. Inventare delle regole nuove in funzione dei giocatori e non del gioco, è una delle rivoluzioni che i disabili hanno portato nello sport. Un modo per livellare le differenze e dimostrare – anche a sé stessi – che tutti ce la possono fare. Per molti lo sport restituisce alla vita, e alcuni dopo lo sport hanno ricominciato a fare tante cose. Il motto dei ragazzi della polisportiva Pallavicini di Bologna è: "se posso fare questo, posso fare tutto", una sfida, una provocazione, uno scatto di crescita che interviene sull'auto-stima. Dicono: "Noi non facciamo né terapia né riabilitazione, noi facciamo attività sportiva pura che diventa terapia psicologica. Riuscire a fare, a raggiungere un determinato traguardo è una vittoria". E questa è sicuramente la funzione più importante dello sport. E fino a qui ho cercato di descrivere l'esigenza del disabile di praticare lo sport come tale, quindi non solo come fisioterapia o rieducazione.

Lo spazio allo sport per i disabili nei Piani di Zona delle ASL

Ma a me spetta anche un altro compito, che è quello di raccontare se e come il sistema dei servizi pubblici tenga conto, di questi presupposti nella propria programmazione. Va sottolineato che, in Veneto, alle Aziende ULSS è assegnato il compito di coordinare la elaborazione dei Piani di Zona che, per l'area della disabilità, si dettaglia nel Piano Locale della disabilità. Quindi in Regione Veneto, su tale materia, le Aziende ULSS (si chiamano così in Veneto) sono ancora oggi destinatarie di delega obbligatoria da parte dei Comuni. La Regione Veneto, già nel 1979, ha costituito le Unità Locali Socio Sanitarie prevedendo, per alcune funzioni, una forte integrazione tra sociale e sanitario. La successiva aziendalizzazione ha confermato detta scelta e il cosiddetto "modello veneto" si sta dimostrando all'avanguardia nel panorama nazionale avendo posto in posizione centrale la questione dell'integrazione socio-sanitaria anticipando spesso la stessa normativa nazionale. Il decreto legislativo 229/99 di riforma del servizio sanitario nazionale prima, e la legge 328/00, sul sistema integrato di interventi e servizi sociali, hanno infatti evidenziato, come nodo centrale, il problema della gestione unitaria dei servizi sociali che Comuni e Regioni sono chiamati ad affrontare per meglio organizzare i servizi nel territorio garantendo una efficace erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Ciò vale in particolare per le persone con disabilità, alle quali è fondamentale garantire progetti integrati nei quali gli interventi terapeutico-riabilitativi possano essere strettamente agganciati alla rete sociale dei servizi territoriali. Il *Piano Disabilità*, quale parte integrante del più ampio Piano di Zona, rappresenta lo strumento programmatico principale che la Conferenza dei Sindaci ha per orientare le politiche dei servizi e definire le priorità di intervento nei diversi territori ed il presente documento rappresenta uno strumento operativo che si propone di tradurre gli indirizzi programmatori della Conferenza.

Per affrontare questo aspetto, ritengo sia opportuno prima di tutto chiarire un passaggio: Ma allora lo sport per le persone disabili è ascrivibile al mondo dei *bisogni* o a quello dei *desideri*? Guardate che il quesito è meno banale di quello che sembra se si pensa che, nella programmazione socio sanitaria, si parla solo di bisogni che richiedono specifici livelli essenziali di assistenza. Quando faccio il parallelo fra bisogni e desideri mi viene facile utilizzare come esempio l'ambito della sessualità. Per una persona disabile la sessualità è un bisogno o un desiderio? Fate attenzione perché, nell'immaginario collettivo, la sessualità non viene riconosciuta, solitamente, fra i bisogni delle persone con disabilità, ma solamente in quello dei desideri, e in quanto tale, non necessariamente realizzabile e pretendibile. In misura differente, ma anche lo sport, a parere mio, viene spesso relegato fra i desideri delle persone disabili. Ma un desiderio difficilmente può essere preso in considerazione o messo fra le priorità nella programmazione dei servizi territoriali di una ASL.

Il sistema dei servizi socio-sanitari per le persone con disabilità, come del resto tutto l'universo delle politiche sociali, sta attraversando la fase di transizione da un modello di Welfare State ad un altro, più evoluto, di Welfare Community o Welfare Mix. Si tratta di un'evoluzione, legata principalmente alla contrazione delle risorse pubbliche, che tende a ridimensionare il ruolo dello Stato nella gestione dei servizi per le persone con disabilità e, più in generale, nel governo della rete dei servizi sociali, concedendo spazi di gestione, ma anche di progettazione sempre più ampi, ad altri attori del sistema. L'introduzione dei cosiddetti, LEA, se su scala nazionale ha posto il concetto dell'equità delle tipologie e degli standard di erogazione delle prestazioni, a livello locale ha determinato una forte ricaduta sulle Amministrazioni Comunali degli oneri per la gestione dei servizi, prima maggiormente a carico del Fondo Sanitario nazionale, con conseguente ridefinizione degli equilibri tra Aziende Sanitarie, Comuni, Privato Sociale, Volontariato e Famiglie.

Dopo la legge di riforma del Servizio Sanitario Nazionale (D. Lgs. n. 229/1999), il Decreto sui LEA (DPCM 29/11/2001) ha stabilito le regole dell'integrazione socio-sanitaria e la ripartizione dei costi delle prestazioni socio-sanitarie fra le ASL, le famiglie e i Comuni. Tale ripartizione dei costi è molto importante perché è in grado di determinare lo sviluppo o meno di determinati servizi e di influenzare pesantemente la dimensione degli oneri che verranno richiesti ai disabili e alle loro famiglie per la fruizione dei servizi stessi. Infatti le quote non coperte dal Servizio sanitario sono poste a carico degli assistiti (e delle loro famiglie) e dei Comuni in quote che possono variare ampiamente, anche in relazione alla tipologia del servizio.

Ma dove ci porta questa riflessione sull'evoluzione del sistema dei servizi? Certamente ci porta a fare alcune considerazioni e porre alcuni quesiti:

- Questa descrizione dei fenomeni ci aiuta a comprendere perché negli anni l'attività sportiva per i disabili è sempre stata definita con l'aggiunta del suffisso "terapia" (es: ippoterapia, idroterapia ecc..).
- Logica conseguenza di quanto detto sopra è il fatto che, più lo sport per i disabili diventa cosa normale, finalizzata al benessere delle persone e non qualcosa che ha a che fare con la "terapia o la riabilitazione" difficilmente potrà vedere coinvolto il Servizio Sanitario Nazionale. Quindi "chi paga e chi pagherà lo sport per i disabili?"
- Un'altra domanda poi nasce spontanea: "Se lo sport per i disabili fosse interpretato solo in termini di "desiderio" e non di "bisogno" che peso avrebbero tali desideri nel bilancio di qualità della nostra vita e quale spazio verrebbe riconosciuto ai desideri nella programmazione dei servizi pubblici?"
- Infine, si potrebbe concludere, che l'elemento che può far modificare il proprio pregiudizio nei confronti dello sport per i disabili è un cambiamento culturale che sta avvenendo gradualmente in questi anni, ma che ha ancora strada da fare davanti a sé.

In questo periodo tutte le ASL e le Conferenze dei Sindaci, in Veneto, sono impegnate nella stesura del Piano della Disabilità (come parte integrante del Piano di Zona). Con la DGR 1859/2006 sono state, infatti, approvate le linee di indirizzo per tutte le ASL e le Conferenze dei Sindaci del Veneto per la definizione della programmazione degli interventi in favore delle persone con disabilità. Tra gli interventi previsti in tale documento vi sono appunto gli "interventi di promozione delle attività sportive" per le persone con disabilità. Sulla base di tali indicazioni, ma anche su una tradizione ormai consolidata da anni, la mia Azienda ULSS prevederà a bilancio, anche per il prossimo anno gli stanziamenti necessari a garantire il

finanziamento del progetto "handicap & sport" e lo svolgimento degli eventi della "Grande sfida in tour". Si tratta di progetti gestiti in collaborazione con il Centro Sportivo Italiano di Verona dei quali si è già accennato questa mattina e che vanno esattamente nella direzione dei progetti di Bologna di cui ho parlato poco fa. Ma allora, sulla base dei LEA, a carico di chi vengono posti gli oneri per il sostegno di tali progetti, o di altri che dovessero decollare? Certamente a carico del Bilancio sociale e quindi dei Comuni associati. Nulla è infatti imputabile al bilancio sanitario, poiché gli obiettivi di tali progetti non riguardano la rieducazione funzionale, quanto la promozione della persona con disabilità psichica e psico-fisica, attraverso l'individuazione e la valorizzazione, in un contenitore affettivo relazionale, delle capacità che la rendano persona unica e irripetibile. Questo tipo di progetti, ha infatti, come fine ultimo l'integrazione di questi soggetti nel tessuto sociale, sollecitando la partecipazione e l'attivazione delle realtà associative del territorio in ambito sportivo.

Ciò è vero solo se si applica, in tale ambito come in altri, una valutazione disgiunta e rigida di competenze attribuibili al sociale ed al sanitario (sulla base delle indicazioni dei LEA). In una visione più ampia e meno settoriale del concetto di salute, è evidente come l'attività sportiva abbia forti implicazioni sul benessere psico-fisico di una persona agendo significativamente in termini di prevenzione di patologie che certamente graverebbero sul Bilancio sanitario. La sottolineatura di questi aspetti non è puro esercizio accademico, ma è finalizzato a descrivere un fenomeno che, sul piano della programmazione e dello sviluppo degli interventi, determina grossi condizionamenti.

A tale proposito vale la pena ricordare un dato: nella regione Veneto la spesa annua media pro/capite sanitaria: e pari a 1.200 euro²; quella sociale è pari a 40 euro³. Questo dato penso la dica lunga sulla capacità di investimento e di diffusione a lungo termine di progetti del genere e sulla tenuta finanziaria delle Amministrazioni comunali, almeno in Veneto. Ci sono buone ragioni per pensare che, anche nelle altre regioni italiane, la situazione non sia diversa, fatta salva la realtà di alcune regioni privilegiate (ad esempio il Trentino Alto Adige e della Valle d'Aosta), dove le risorse sanitarie disponibili risultano quasi doppie in proporzione alla popolazione residente. In termini generali infatti, questa analisi (che richiede ulteriori approfondimenti), descrive concretamente quella dinamica di applicazione dei LEA che risponde alla necessità di trasferire parte della spesa sanitaria territoriale sulle comunità locali. Si tratta di un fenomeno che ha progressivamente aumentato le competenze dei Sindaci e degli assistenti sociali in tali materie, fino a qualche anno fa riservate agli specialisti ed ai tecnici del settore sanitario. L'esiguità delle risorse in ambito sociale farebbe pensare ad una contrazione anche degli interventi, eppure lo sviluppo di iniziative di questo tipo (non necessariamente iniziative del Pubblico), rende ottimisti relativamente ad una evoluzione culturale che progressivamente tende a "normalizzare" l'attività sportiva per le persone disabili allontanandola da logiche sanitarie. In prospettiva, si tratta quindi di capire come si definiranno le politiche sociali per le persone con disabilità sul nostro territorio e come verranno via via ridistribuite le competenze fra ambito sociale e sanitario.

Sarà interessante osservare se prevarranno logiche prettamente economiche (di riduzione della spesa sanitaria) con conseguente "delega" di funzioni ad altri attori della società, o passerà invece un modello di maggiore integrazione che valorizzi un approccio maggiormente preventivo. Un ragionamento radicalmente diverso e in controtendenza, va fatto invece relativamente alla realtà dei CEOD per disabili i quali, oltre a cambiare nome (si chiameranno Centri Diurni per Disabili), saranno destinati necessariamente ad occuparsi di un target di utenza necessariamente grave e gravissima. L'eliminazione della connotazione "educativa e occupazionale" dal nome del servizio sottolinea di fatto una evoluzione più "assistenziale e sanitarizzata" dall'altro. Lo sviluppo, sul territorio, di diversi servizi che puntano all'integrazione sociale e lavorativa, ha ridotto notevolmente in questi anni il ricorso ai Centri, che un tempo rappresentavano praticamente l'unica soluzione anche per disabili con gravità medio-lieve. Questo fenomeno porterà necessariamente, nel giro di qualche anno, a concentrare in questi

2 Il dato si riferisce alle quote sanitarie correnti assegnate alle singole Aziende ULSS della Regione del Veneto nel corso dell'anno 2005. Si tratta della spesa complessiva ospedaliera e territoriale sanitaria ripartita sugli abitanti della Regione.

3 Il dato tiene conto sia dei trasferimenti della Regione Veneto a carico del Bilancio Socio Assistenziale, sia della media delle assegnazioni dei Comuni associati alle ULSS per la gestione dei servizi per disabili, ripartiti sul totale della popolazione della Regione Veneto.

Centri utenza molto grave che, sotto il profilo funzionale-motorio richiederà supporti prevalentemente di tipo psicomotorio o fisioterapico di mantenimento.

Le competenze degli operatori

Quali competenze dovranno avere i tecnici che l'università immetterà sul mercato dei servizi socio sanitari e socio-educativi per i disabili nei prossimi anni? Queste ultime riflessioni introducono al terzo aspetto che mi ero ripromesso di sviluppare: quello dei profili professionali degli esperti in attività motoria per le persone disabili. Ho provato a vedere su internet quali sbocchi promette ai propri studenti la Facoltà di Scienze motorie di Verona, relativamente all'attività con i disabili, e ho trovato: **Operatore tecnico di attività motorie e sportive per disabili:** Tecnico e allenatore delle attività motorie e discipline sportive; **Operatore per le attività motorie e sportive per i disabili:** Esperto nelle attività espressive, ludico-motorie, pre-sportive e sportive nei Centri di aggregazione; **Operatore per le attività motorie e ricreative nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie:** Esperto in attività psicomotorie, espressive e ricreative per le diverse fasce di età

Mi sembrano profili che centrano bene i target occupazionali offerti dal mercato socio-educativo e socio-sanitario. E' evidente che la competizione con tali figure potrebbe nascere oggi solo in contesti di riabilitazione intensiva, ma in prospettiva, anche nei Centri diurni per disabili, ove si concentrasse un'utenza con esigenze riabilitative di mantenimento. Per quanto riguarda la capacità di assorbimento del mercato lancio segnali di speranza per i progetti di integrazione sociale attraverso l'attività ludico motoria, mentre comunico prudenza relativamente ai Centri Diurni. Ricordo infatti che lo standard regionale è di un posto CEOD ogni 1000 abitanti ed il territorio risulta notevolmente coperto. Ritengo quindi importante riflettere sui profili professionali dei tecnici che l'università immetterà sul mercato dei servizi nei prossimi anni per evitare, per quanto possibile, frustrazioni e delineare in modo sempre più centrato competenze e ruoli.