

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI ROMA
"TOR VERGATA"



TOR VERGATA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA



FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI STUDI IN SCIENZE MOTORIE

Presidente Prof.ssa Virginia Tancredi

Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitativa

Titolare Prof. Calogero Foti

TESI DI LAUREA

"PARA-BADMINTON E BENESSERE PSICO-FISICO"

RELATORE

Chiar.mo Prof. Calogero Foti

CORRELATRICE

Dott.ssa Anila Imeshtari

LAUREANDA

Alessia Suma

MATRICOLA

0284019

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

INDICE

INTRODUZIONE	4
1: IL BADMINTON,STORIA E REGOLAMENTO	6
1.1: Cenni storici	6
1.2: Fondamentali	10
1.3:Punteggio	10
1.4: Cambio di campo	11
1.5: Il Servizio	11
1.6: Colpi	12
1.7: Fallo nel corso di gioco	13
1.8: Colpi nulli	14
1.10: Campo	15
1.11: Volano	16
1.11.1: Volano sintetico	16
2: IL PARA-BADMINTON	18
2.1: Storia delle Paralimpiadi	18
2.2: Cos'è il para-badminton?	21
2.2.1: Campo	22
2.2.2: Specificità del gioco in sedia a rotelle	23
2.2.3: In altre categorie	23
2.2.4: Categorie	24
3: BENEFICI DELLO SPORT NEI DISABILI	26
3.1: Cos'è l'inattività fisica?	26
3.2: Benefici dell'attività fisica	26
3.2.1: Patologie cardiovascolari	27
3.2.2: Diabete	28
3.2.3 :Sovrappeso e obesità	28
3.2.4: Patologie muscolo-scheletriche	29
3.2.5:Tumori	29
3.2.6: Salute psicosociale	30
3.3: Sport e disabilità	31
3.3.1: Raccomandazioni	32
3.3.2: A cosa serve la pratica dell'attività fisica?	33
3.3.3: Setting scuola	35

3.3.4: Setting sanitario e comunità	36
3.4: Attività agonistica: alcuni aspetti psicologici del mettersi in gioco	37
4: ANALISI DELLA QUALITÀ DI VITA DA UN PUNTO DI VISTA PSICO-FISICO E SOCIALE	41
4.1: Background della ricerca	41
4.2: Obiettivo della ricerca	42
4.3: Materiali e metodi	42
4.4: Risultati della ricerca	44
CONCLUSIONI	49
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	51
RINGRAZIAMENTI	52

INTRODUZIONE

“Soffochiamo i nati mostruosi, anche se fossero nostri figli. Se sono venuti al mondo deformati o minorati dovremo annegarli. Ma non per cattiveria. Ma perché è ragionevole separare esseri umani sani da quelli inutili...”

Così scriveva il filosofo Lucio Seneca. Questo era il “ragionevole” modo di comportarsi degli antichi greci e dei romani. Anche Platone prefigura la necessità di una selezione preventiva tra genitori in modo che i figli nati dalla loro unione siano sani e coraggiosi.

Durante l'epoca medievale, le donne che davano alla luce bambini con anomalie fisiche venivano spesso accusate di aver avuto rapporti sessuali con il diavolo, subendo così persecuzioni e talvolta persino la morte. Le infelici creature venivano ridicolizzate e umiliate, con le loro deformità esibite pubblicamente nelle piazze. Nel 15° secolo, in Germania, le cosiddette "navi degli sventurati" trasportavano individui affetti da malattie mentali o disabilità fisiche fino a raggiungere tratti delle rive deserte, dove venivano "scaricati" e abbandonati al loro tragico destino.

Con l'Età dell'Illuminismo si inizia a pensare razionalmente. Ci troviamo nel XVIII secolo. L'individuo malato viene riconosciuto nella sua condizione di sofferenza. E con il dolore iniziano gli approfondimenti al fine di cercare un sollievo. Si esamina il funzionamento dell'organismo, si acquisisce una maggiore consapevolezza riguardo alle patologie. Si osserva per comprendere e tentare di guarire.

Nel XIX secolo, la rivoluzione industriale determina una profonda rivoluzione culturale. Nel campo della medicina, si compiono progressi significativi: verso la cura, il corretto allineamento e la riabilitazione. L'evoluzione scientifica offre nuove prospettive attraverso la chimica e con l'aiuto di avanzati strumenti di ricerca.

Durante la Seconda Guerra Mondiale la situazione però non è delle più rosee. La tragica vicenda dell'olocausto nazista ha inizio proprio con l'atrocità della soppressione fisica delle persone disabili, considerate incompatibili con l'ideale di razza su cui il regime ha posto grande enfasi.

Si calcola che circa 70 mila disabili vennero sterminati per ordine di Hitler che considerava quelle dei disabili vite indegne di essere vissute, e cancellando così duemila anni di storia.

Al giorno d'oggi lo sport è visto come linguaggio universale attraverso cui entrare in rapporto con gli altri, definire convergenze di vedute e di prospettive culturali.

Lo sport è un grandissimo vettore d'integrazione per chi ha difficoltà linguistiche e culturali dettate dalla provenienza multi-etnica, ma è anche un mezzo privilegiato nell'integrazione sociale del diversamente abile.

Lo sport assume rilevante importanza nel processo di integrazione sociale di una persona soprattutto se disabile, andando oltre ai noti benefici fisici ponendosi come elemento fondamentale del corretto sviluppo dell'identità e dell'autostima.

Attraverso lo sport la persona disabile può mettersi in gioco e sperimentarsi, imparare a controllare il proprio corpo, ad avere consapevolezza e fiducia nelle proprie capacità, elementi che contribuiscono allo sviluppo dell'autostima e di una positiva percezione del sé.

“Per ogni individuo, lo sport è una possibile fonte di miglioramento interiore” Pierre de Coubertin

“Essere speciali significa proprio riuscire a far capire che il tuo punto debole diventa quello di cui vai più fiero” Bebe Vio

CAPITOLO 1

BADMINTON,STORIA E REGOLAMENTI

1.1: Cenni storici

Il Badminton ha origini molto antiche ed è considerato il primo sport ad essere praticato con una racchetta. Non si conosce con precisione quando sia stato ideato, ma ci sono testimonianze storiche che confermano la sua esistenza sin dal I secolo a.C., in un antico gioco cinese rappresentato su alcuni vasi, dove dei giovani giocavano con rudimentali racchette di legno, colpendo delle palline con piume. Inizialmente questo gioco era chiamato "Ti Jian Zi" e consentiva anche l'uso dei piedi. Successivamente, si diffuse in altri paesi come Giappone, India, Grecia e Sumeria.

Il Badminton è nato in Inghilterra durante la seconda metà del secolo scorso, quando sono state stabilite delle regole precise per il gioco del volano. Il gioco del volano esisteva già in Europa prima del Rinascimento. È stato introdotto in Occidente dagli Ufficiali Inglesi che lo avevano visto in India, a Poona (all'epoca chiamato Poona). Non si sa con certezza come il gioco del volano si sia trasformato nel Badminton che conosciamo oggi. Nel 1860, le figlie del duca di Beaufort stavano giocando a racchetta e volano nella grande sala di Badminton House, la residenza della famiglia Somerset nella contea di Gloucestershire in Inghilterra. Per aggiungere varietà al gioco, hanno messo una cordicella attraverso la sala tra la porta d'ingresso e il camino, cercando di rilanciarsi il volano sopra la cordicella. Tuttavia, è stato in India, una colonia inglese, che il gioco si è sviluppato e presto è diventato uno sport competitivo. Intorno al 1870, il colonnello H.O. Selby ha stabilito un codice di gioco che è stato accettato da tutti in quella regione del mondo. Il gioco continuava a essere praticato su un campo a forma di clessidra, stretto al centro, come l'area di gioco della grande sala di Badminton House. Nel 1893 nasce la prima Associazione Nazionale che per ovvi motivi fu quella Inglese.



Figura 1: Poona

Nel 1934, un gruppo di paesi, tra cui Canada, Danimarca, Inghilterra, Francia, Irlanda, Olanda, Nuova Zelanda, Galles e Scozia, ha creato l'International Badminton Federation (IBF). Nel 1992, il badminton è stato introdotto come sport olimpico a Barcellona. Nel 2000, i migliori giocatori di badminton erano principalmente provenienti da Asia (come Cina e Indonesia) e da paesi nord-europei (come Danimarca, Inghilterra e Spagna). Attualmente, c'è una crescente partecipazione e un miglioramento tecnico del badminton in Italia.

A partire dal 2007, l'IBF cambia il suo nome diventando Badminton World Federation (BWF).

Oggi, il Badminton può vantare 183 associazioni che fanno parte della federazione internazionale Badminton World Federation (BWF), rendendolo il terzo sport più praticato al mondo.

La BWF è l'organizzazione principale che gestisce il Badminton ed ha la sua sede a Kuala Lumpur, in Malesia, con uffici anche a Losanna, in Svizzera. Collabora attivamente con il Comitato Olimpico Internazionale e i Comitati Olimpici Nazionali per promuovere lo sviluppo del Badminton.

In Italia, il Badminton fa la sua comparsa negli anni '40, ma comincia a diffondersi in maniera disomogenea nei primi anni '60.

Un appassionato di Padova di nome Riccardo Simonetti crea una Federazione Italiana (1960-1966) affiliata all'IBF. Merano e Bolzano sono altri due importanti centri di diffusione di questo sport del volante.

Dopo essersi fatto conoscere inizialmente, il Badminton si fa spazio nel 1974, grazie alle brillanti idee e all'instancabile lavoro del Cavaliere Aurelio Chiappero, entrando in una fase di pionierismo. Il 16 giugno 1974 rimane inciso nella storia: il Cavaliere Chiappero scrive una lettera al CONI, esprimendo la sua volontà di fondare "la Federazione Italiana del Volante - FIDV".

Nel 1976 viene fondata l'"Associazione Italiana Badminton - A.I.B.", che successivamente amplia il proprio ambito includendo anche lo squash, trasformandosi quindi in A.I.B.S. (Associazione Italiana Badminton Squash) e ottenendo il pieno riconoscimento dalla Federazione Italiana Tennis.

Nel 1977 si tiene la prima edizione del Campionato italiano, mentre nell'aprile del 1978 la squadra nazionale italiana, composta da 6 giocatori, si reca per la prima volta all'estero per partecipare ai Campionati Europei a Preston, in Inghilterra. La formazione azzurra è composta da Kurt Duschek (capitano), Carlo Klammsteiner, Heinz Knabl, Walli Raffener, Annelies Waldner e Lida Schopf. La squadra italiana viene inserita nel quarto girone eliminatorio con Svizzera, Belgio e Portogallo. Attualmente, Lorenz Waldner, ricopre la carica di Consultore D'Onore ed è il responsabile della squadra azzurra.

Nel mese di gennaio del 1978 è stato pubblicato il primo regolamento tecnico di gioco, mentre un anno dopo è stato reso disponibile quello destinato ai Campionati Italiani a squadre.

Nel 1985, il Badminton italiano inizia una nuova fase, grazie all'impegno instancabile di Aurelio Chiappero, un fervente sostenitore e promotore del movimento. Il 24 marzo di quell'anno, si prende la decisione di porre fine all'Associazione Italiana Badminton Squash - A.I.B.S., determinando così la separazione tra i due sport e la trasformazione dell'organizzazione in "Federazione Italiana Badminton - FIB", con il patrocinio della Federazione Italiana Tennis. In maniera democratica, viene eletto il primo Consiglio Federale, il cui presidente è appunto Aurelio Chiappero.

Gli anni successivi sono stati dedicati con determinazione a stabilire le solide fondamenta della Federazione e ad adottare le prerogative indispensabili per ottenere il riconoscimento ufficiale del CONI, passando quindi dallo status di semplice associazione disciplinare.

Dopo essere stato sport dimostrativo a Seul 1988 e inserito nel programma olimpico di Barcellona 1992, nel 2000 arriva il riconoscimento del CONI, reso giuridicamente effettivo nel 2002 sotto la presidenza di Rodolfo La Rosa. Era formata da tutte le società e associazioni sportive dilettantistiche ad essa affiliata, come stabilito nell'articolo 1 dello Statuto Federale:

La Federazione italiana Badminton (F.I.Ba.) si è costituita il 23 marzo 1985, per trasformazione dell'associazione italiana Badminton, sorta nel 1976 e convalidata con atto notarile nel 1977. È un'associazione senza fini di lucro, che gode di personalità giuridica di diritto privato (...) È costituita da tutte le società e le associazioni che praticano l'attività del Badminton e del beach Badminton"

Dopo aver partecipato come dimostrazione sportiva a Seul nel 1988 e aver ottenuto l'inclusione nel programma olimpico di Barcellona nel 1992, il CONI ha riconosciuto ufficialmente questo sport nel 2000. Questa decisione è stata presa durante la presidenza di Rodolfo La Rosa e ed è stata resa giuridicamente effettiva nel 2002. Con l'elezione di Alberto Miglietta come Presidente Federale nel 2004, si avvia una nuova fase di crescita e progresso per la FIBa.

Nel 2007, il torneo "Italian International" è stato designato come International Challenge dalla Confederazione Europea di Badminton - BE. Questo evento fa parte del Badminton Europe Circuit, una serie di competizioni internazionali che hanno inizio nel 2000 e che attribuiscono punti nel ranking mondiale.

Dal 2008 al 2013, Miglietta assume la carica di presidente della Confederazione Mediterranea Badminton - COMEBA e durante il suo periodo di gestione, il

Badminton viene ufficialmente incluso per la prima volta nel programma dei Giochi del Mediterraneo che si sono tenuti a Mersin nel 2013.

Nel 2009, durante i Campionati Europei Juniores, viene aperto il PalaBadminton - Centro Tecnico Federale di Preparazione Olimpica di Milano. Questa struttura è diventata la casa del Badminton italiano e ospita costantemente la Nazionale italiana. Dal 2014, il centro accoglie anche gli atleti del #ProgettoGiovani #duemila20e24. La prima partecipazione ai Giochi Olimpici è stata a Pechino 2008 con l'atleta Agnese Allegrini, confermata anche a Londra 2012 e a rappresentare l'Italia nei Giochi di Rio 2016 è stata l'atleta Jeanine Cicognini.

Nel 2016, il CIP (Comitato Italiano Paraolimpico) ha ufficialmente riconosciuto questa disciplina come parte dei giochi paralimpici. Nel 2020 avrà il suo debutto nelle Para Olimpiadi di Tokio.

Nel 2017 Carlo Beinati è stato eletto Presidente federale e successivamente confermata l'8 novembre 2020 per il Quadriennio 2021 - 2024. Durante il suo mandato sono da mettere in risalto le medaglie che danno lustro alla Federazione:

- la medaglia di bronzo nei Giochi del Mediterraneo Tarragona 2018 vinta da Lukas Osele e Kevin Strobl;
- la medaglia d'oro conquistata nell'evento a squadre dei Giochi Olimpici Giovanili Buenos Aires 2018 dall'atleta Giovanni Toti;
- la medaglia di argento di Katharina Fink e Jasmine Hamza nel Doppio Femminile dei Giochi del Mediterraneo, Oran 2022; e
- la medaglia di bronzo di Fabio Caponio e Giovanni Toti nel Doppio Maschile dei Giochi del Mediterraneo, Oran 2022.



Figura 2: I loghi che hanno identificato il movimento fino ad arrivare all'attuale logo vigente dal 2009.

Il BADMINTON può essere descritto come lo sport in cui si utilizza un volano e si gioca su un campo con le regole e le misure stabilite dalla federazione mondiale. È uno sport molto diffuso nel mondo. Si può praticare sia singolarmente sia in coppia, su un campo rettangolare diviso da una rete.

Ogni partecipante o coppia si posiziona su un lato della rete, in un campo rettangolare delimitato da linee. L'obiettivo è colpire il volano con una racchetta e farlo passare

sopra la rete in modo che l'avversario non riesca a rispedirlo a terra prima che tocchi il suolo, evitando che cada al di fuori dei limiti del campo. Ogni volta che ciò avviene, il giocatore o la coppia guadagna un punto. Il primo giocatore o coppia che riesce a ottenere 21 punti (o 20 punti in caso di parità, fino a che non si ottiene un vantaggio di 2 punti, e 30 punti in modo da concludere) vince un set. Un incontro di badminton è composto da un numero dispari di set, come ad esempio 3 o 5. Il vincitore dell'incontro è colui che riesce a vincere per primo più della metà dei set (cioè 2 su 3, o 3 su 5, e così via).

1.2: Fondamentali

Il giocatore di badminton deve essere abile nell'utilizzo della racchetta e possedere una notevole coordinazione tra occhi e mani. In aggiunta, deve essere veloce negli spostamenti, preciso nel posizionamento e capace di anticipare le mosse avversarie. L'obiettivo dell'attaccante è quello di colpire il volano verso gli spazi meno difesi dal suo avversario, utilizzando finte e colpi a sorpresa per metterlo in difficoltà. Dopo ogni colpo, l'attaccante torna alla posizione centrale del proprio campo.

1.3: Punteggio

La partita si svolge al meglio dei tre giochi, salvo che non sia stato diversamente stabilito.

Il gioco è vinto dalla parte che per prima raggiunge 21 punti.

La parte che vince uno scambio aggiunge un punto al proprio punteggio.

La parte vince uno scambio se la parte opposta commette un errore o il volano non è più in gioco perché tocca la superficie del campo avversario.

Se il punteggio è 20 pari, vince il gioco la parte che va in vantaggio di due punti.

Se il punteggio è 29 pari, vince il gioco la parte che fa il 30° punto.

La parte che vince il gioco serve per prima nel gioco successivo.

La partita si svolge al meglio dei tre giochi, salvo cambiamenti.

La vittoria nel gioco va alla parte che raggiunge prima 21 punti. Se una parte vince uno scambio, aggiunge un punto al proprio punteggio. Una parte vince uno scambio quando la parte opposta commette un errore o il volano è fuori gioco perché tocca la superficie del campo avversario. Se il punteggio è 20-20, la vittoria nel gioco va alla parte che raggiunge un vantaggio di due punti. Se il punteggio è 29-29, la vittoria nel gioco va alla parte che fa il 30° punto. La parte che vince il gioco ha il servizio nel gioco seguente.

1.4: Cambio di campo

- Prima della partenza del terzo round, se presente, e nel terzo round quando una componente aggiunge 11 punti;
- Nel caso in cui i lati non siano modificati secondo quanto indicato dalla regola, è necessario farlo non appena si scopre l'errore e quando il volano non è in gioco. Il punteggio ottenuto rimane valido.

1.5: Il Servizio

Per eseguire il servizio, bisogna colpire il volano al di sotto della cintura e con il piatto della racchetta più basso rispetto alla mano che la impugna. Nel servizio regolare:

- Non si può ritardare l'esecuzione del servizio una volta che sia il servente che il ricevente sono pronti. Ritardare l'inizio del servizio dopo aver completato il movimento all'indietro della testa della racchetta è considerato un errore.
- Il servente e il ricevente devono stare diagonalmente opposti nei rispettivi campi di servizio senza toccare le linee che li delimitano.
- Almeno una parte dei piedi del servente e del ricevente deve rimanere a contatto con la superficie del campo senza muoversi dall'inizio fino alla fine del servizio.
- La racchetta del servente deve colpire la base del volano all'inizio del servizio.
- Il volano deve essere interamente al di sotto della vita del servente al momento dell'impatto con la racchetta. Per vita si intende la linea immaginaria che circonda il corpo all'altezza della parte più bassa dell'ultima costola del servente.
- Il fusto della racchetta del servente deve essere inclinato verso il basso al momento dell'impatto con il volano.
- Dopo l'inizio del servizio, il movimento della racchetta del servente deve continuare verso l'avanti fino al completamento del servizio.
- Il volano deve seguire una traiettoria verso l'alto partendo dalla racchetta del servente, superando la rete e cadendo nel campo di servizio del ricevente, senza essere intercettato.
- Il servente non deve iniziare il servizio finché il ricevente non è pronto. Tuttavia, il ricevente è considerato pronto se tenta di rispondere al servizio.
- Durante il servizio nel doppio, i compagni di doppio possono posizionarsi nei rispettivi campi, purché non ostruiscano la visuale del ricevente o del servente avversario.



Figura 3: Servizio nel singolo



Figura 4: Servizio nel doppio

1.6: Colpi

Il volano va colpito sempre in volo, cercando di alternare sia colpi dritti che colpi rovesciati, sia tiri lunghi (utilizzando il colpo fondamentale chiamato "clear") che tiri corti, smorzate (drop e net drop), pallonetti (lob) e colpi veloci (drive eseguiti solo con il polso). È importante cercare di colpire il volano in anticipo, nel punto più alto possibile, per eseguire un colpo dall'alto verso il basso (smash) che sia violento e difficile da intercettare. A differenza del tennis, nel badminton si fa un maggiore utilizzo del polso nell'uso della racchetta.

1.7: Fallo nel corso di gioco

È fallo: se il servizio non è regolare.

- -Se nel servizio il volano:
 - si impiglia sulla rete e rimane sospeso sul bordo superiore;
 - dopo aver superato la rete, si impiglia nella stessa;
 - è colpito dal compagno del ricevente;
- -Se durante il gioco il volano:
 - cade al di fuori delle linee del campo (cioè non sopra o dentro le linee che delimitano il campo);
 - passa attraverso o sotto la rete;
 - non passa sopra la rete;
 - tocca il soffitto o le pareti laterali;
 - tocca il corpo o i vestiti del giocatore; oppure
 - tocca ogni altro oggetto o persona al di fuori del campo;
 - viene colpito e trattenuto con la racchetta e poi accompagnato durante l'esecuzione del colpo;
 - è toccato due volte in successione dallo stesso giocatore. Comunque non è fallo se, nell'esecuzione dello stesso colpo, il volano tocca sia la testa della racchetta, sia l'area accordata.
 - è colpito dal giocatore e dal suo compagno uno dopo l'altro; oppure tocca la racchetta del giocatore e non vola in direzione della parte del campo avversaria.
- -Se, mentre il volano è in gioco, il giocatore:
 - tocca la rete o i suoi sostegni con la racchetta, con il corpo o con i vestiti;
 - invade il campo avversario sopra la rete con la racchetta o con il corpo eccetto il caso di chi, nell'eseguire il colpo, segue il volano sopra la rete con la racchetta, purché l'impatto col volano sia avvenuto dal lato della rete del campo di chi lo colpisce;
 - invade il campo avversario sotto la rete con la racchetta o con il corpo ostacolando o disturbando l'avversario; oppure ostacola l'avversario, cioè gli impedisce l'esecuzione di un colpo regolare quando segue il volano al di sopra della rete;
 - disturba volontariamente l'avversario con qualsiasi atto come grida o gesti;
 - se il giocatore è colpevole di violazioni flagranti, ripetute e persistenti secondo la regola 16.

1.8: Colpi nulli

L'arbitro o un giocatore (nel caso in cui non ci sia l'arbitro) può chiamare un colpo nullo per interrompere il gioco.

- ☐ Si verifica un colpo nullo quando:
 - Il servente effettua il servizio prima che il ricevente sia pronto;
 - Sia il ricevente che il servente commettono un fallo durante il servizio;
- ☐ Dopo la risposta al servizio, il volano può causare un colpo nullo se:
 - Resta impigliato sul bordo superiore della rete o rimane impigliato se passato sopra la rete;
 - Si rompe durante il gioco e la base si separa completamente dal resto del volano;
 - L'arbitro ritiene che il gioco o un giocatore sia disturbato dalla parte avversaria o da un allenatore;
 - La visuale di un giudice di linea è ostruita e l'arbitro non può prendere una decisione; oppure si verifica una situazione imprevista o accidentale.

Quando si verifica un colpo nullo, lo scambio fatto con l'ultimo servizio non viene considerato e il giocatore che ha effettuato il servizio ripete il servizio.

1.9: Volano non in gioco

1. si scontra con la rete o i pali e inizia a precipitare verso la superficie del campo dal lato della rete del giocatore che ha effettuato il colpo;
2. entra in contatto con la superficie del campo; oppure si verifica una violazione delle regole o un colpo senza effetto.

1.10: Campo

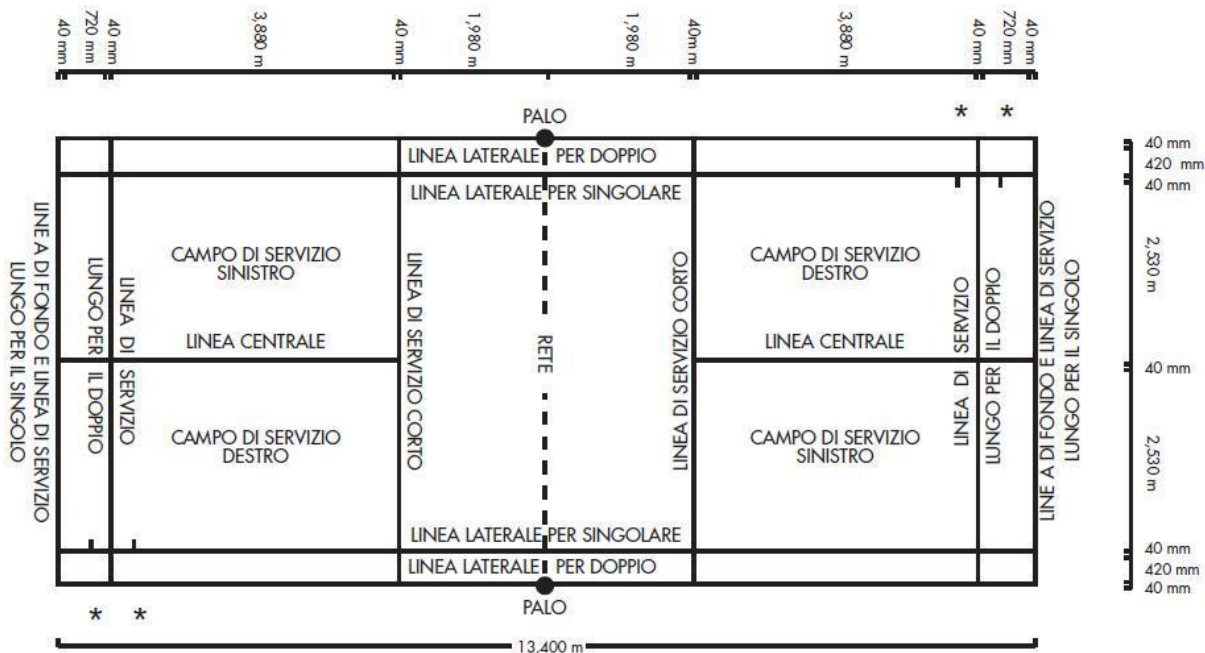


Figura 5: Campo da gioco

Il campo è un rettangolo delimitato da linee larghe 40 mm. Le linee devono essere ben visibili e di colore bianco o giallo. Le linee fanno parte dell'area che delimitano. I pali hanno un'altezza di 1,55 m dalla superficie del campo e devono rimanere verticali quando la rete è tesa. I pali devono essere posizionati sulle linee laterali del campo da doppio, come mostrato nella figura, indipendentemente se si gioca in singolo o in doppio.

La rete deve essere realizzata con uno spago scuro, con uno spessore uniforme e con una maglia che non sia inferiore a 15 mm e non superiore a 20 mm. La rete deve essere alta 760 mm e lunga almeno 6,1 metri. La parte superiore della rete deve essere bordata da entrambi i lati da un nastro bianco largo 75 mm, attraverso il quale passa la corda o il cavo. Il nastro copre la corda o il cavo.

La corda o il cavo devono essere tesi saldamente alla stessa altezza della parte superiore dei pali. La parte superiore della rete, al centro del campo, deve essere distante 1,524 m dalla superficie del campo e 1,55 m sopra le linee laterali del doppio. Non deve esserci spazio tra le estremità della rete e i pali. Se necessario, le estremità della rete devono essere legate saldamente ai pali per tutta la loro altezza.

1.11: Volano

Il volano può essere costituito da materiali provenienti dalla natura o creati artificialmente. Indipendentemente dalla scelta del materiale, le caratteristiche di volo devono essere simili a quelle di un volano tradizionale, che ha una base di sughero rivestita da una sottile pelle, a simulare il comportamento delle piume. Un volano è costituito da un totale di 16 penne fissate alla loro base.

Tutte le penne, indipendentemente dal tipo di volano, hanno una misura uniforme dalla punta al punto più alto della base. La lunghezza delle penne varia tra i 62 mm e i 70 mm.

Le estremità delle penne creano un anello con un raggio compreso tra 29 e 34 mm.

Fili o altri materiali adatti sono utilizzati per assicurare in modo stabile le penne. La parte inferiore della base ha una forma arrotondata e un diametro che varia da 25 a 28 millimetri. Il volano ha un peso compreso tra 4,74 e 5,50 grammi.



Figura 6: Volano con le penne

1.11.1: Volano sintetico

Le penne sintetiche vengono utilizzate al posto delle penne di origine naturale, mentre il cestino offre un'alternativa per conservarle.

Il peso del volano può variare tra i 5 e i 6 grammi. Però, a causa delle diverse caratteristiche dei materiali sintetici rispetto alle piume naturali, è possibile accettare una variazione fino al 10%. Tuttavia, è importante sottolineare che non sono ammessi cambiamenti nel design generale, nella velocità o nella modalità di volo del volano. Tuttavia, la Federazione Italiana Badminton può apportare modifiche alle caratteristiche sopra menzionate in determinate circostanze, come ad esempio in luoghi dove le condizioni atmosferiche, come l'altitudine o il clima, rendono il volano standard inadeguato. Inoltre, possono essere apportate modifiche se si verificano circostanze speciali che lo richiedono nell'interesse del gioco.



Figura 7: Volano sintetico

1.12: Racchetta

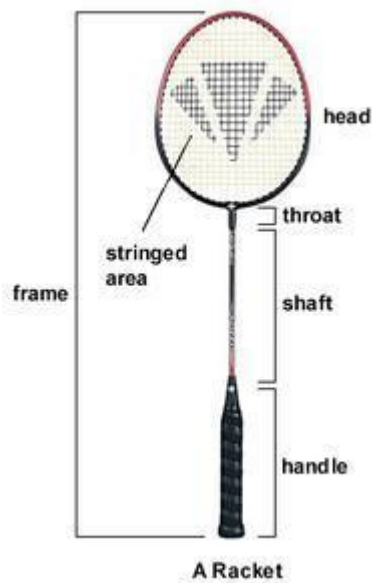


Figura 8: Racchetta da badminton

Le parti principali della racchetta sono: manico, area accordata, testa, fusto, gola e telaio.

Il manico è la parte della racchetta che il giocatore impugna.

L'area accordata è la parte della racchetta con la quale il giocatore colpisce il volano.

La testa circonda l'area accordata.

Il fusto unisce il manico alla testa.

La gola (se presente) collega il fusto alla testa.

Il telaio è l'insieme di testa, gola, fusto e manico.

Il telaio della racchetta non deve essere più lungo di mm 680 e più largo di mm 230.

Capitolo 2

PARA-BADMINTON

2.1: Storia delle Paralimpiadi

Il termine Paralimpiade, conosciuta anche come Paralympics, è una competizione sportiva dedicata agli atleti con disabilità. Si svolge dopo circa due settimane dalla conclusione dei Giochi Olimpici, nello stesso luogo e negli stessi impianti.

La prima Paralimpiade estiva si tenne a Roma nel 1960. Tuttavia, la denominazione ufficiale di Giochi Paralimpici, approvata dal CIO, iniziò ad essere utilizzata solo nel 1984 durante i Giochi di Los Angeles. Roma, però, fu all'avanguardia nel collegare l'Olimpiade, l'evento sportivo più prestigioso, alla nona edizione dei Giochi internazionali di Stoke-Mandeville, dedicati esclusivamente agli atleti paraplegici.

Il Comitato Olimpico Nazionale Italiano (CONI) mette a disposizione degli atleti sia gli alloggi del villaggio olimpico che gli impianti sportivi per le varie gare. Il 18 settembre 1960, dopo due settimane dalla chiusura dei Giochi Olimpici, all'impianto romano dell'Acqua Acetosa si tiene una sfilata in cui partecipano 400 atleti disabili in carrozzina e 250 accompagnatori, provenienti da 21 paesi diversi: Argentina, Australia, Austria, Belgio, Finlandia, Francia, Germania, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda, Israele, Italia, Jugoslavia, Libano, Malta, Norvegia, Olanda, Rhodesia del Sud, Svezia, Svizzera e USA. Questo è il risultato del sogno condiviso di due importanti medici, il neurochirurgo inglese sir Ludwig Guttman e il dottor Antonio Maglio. Guttman definì i Giochi di Roma un momento storico non solo per lo sport, ma per l'intera umanità.

Nel 1948, a Stoke-Mandeville, nelle vicinanze di Londra, Guttman iniziò a coinvolgere le persone disabili nella pratica dello sport competitivo.

Avendo fatto parte dell'equipe medica di un ospedale di guerra durante la Prima Guerra Mondiale, e quindi avendo avuto a che fare con molti giovani, Guttman ebbe un'intuizione felice: lo sport poteva diventare un potente strumento per la cura e la riabilitazione.

Nel XVIII e XIX secolo, si praticava già lo sport come metodo terapeutico per le persone con disabilità. Era ben noto che l'esercizio fisico costante comportasse numerosi benefici per la rieducazione e la riabilitazione di coloro affetti da problemi

motori. Dopo la Prima guerra mondiale, la fisioterapia e la medicina dello sport divennero altrettanto importanti della chirurgia nel trattamento di tali individui.

A Stoke-Mandeville, era essenziale che i pazienti si muovessero fisicamente. Anche se erano immobilizzati a letto, un sergente furiere dell'esercito doveva tirare loro un pallone medicinale che dovevano restituire. Questo esercizio era pensato per rendere le braccia più forti e vigorose. Ogni giorno, Guttman diventava sempre più sicuro dei benefici dello sport per la cura e il recupero dei paraplegici. Era convinto che lo sport organizzato avrebbe potuto dare ai giovani e ai veterani di guerra che lui curava la motivazione giusta per credere in un futuro migliore. Voleva distogliere gradualmente i loro pensieri dalle ferite, dalle infezioni e dagli orrori della guerra. Ma prima di tutto, era necessario che imparassero a utilizzare le sedie a rotelle nel modo più efficace possibile, sia per praticare sport che per garantirsi l'indipendenza quotidiana.

La pratica dello sport divenne un aspetto fondamentale del programma di recupero per i pazienti di Stoke-Mandeville e nel tempo si dimostrò la terapia più efficace tra le diverse opzioni di riabilitazione. Il Dr. Guttman in persona si assicurava che tutti partecipassero quotidianamente e dimostrassero la massima impegno in questi allenamenti.

Il 28 luglio 1948 si disputarono i primi Giochi per disabili di Stoke-Mandeville. La scelta di quella data non fu casuale: lo stesso giorno, infatti, si svolgeva nello stadio olimpico di Londra la cerimonia di apertura della XIV edizione dei Giochi Olimpici. Guttman voleva che la manifestazione di Stoke-Mandeville avesse la più vasta eco mediatica possibile; immaginava già che entro breve tempo gli atleti disabili sarebbero stati i protagonisti di un evento di eccezionale significato sportivo, umano e spirituale: le Paralimpiadi.

L'iniziativa di Guttman ebbe un grande successo e i Giochi di Stoke Mandeville, creati da lui, suscitarono un notevole interesse da parte di esperti e medici di tutto il mondo, desiderosi di imparare le tecniche riabilitative utilizzate nel centro. I risultati ottenuti da Guttman dimostrarono chiaramente come l'applicazione di moderne terapie e rieducazione fosse estremamente benefica per il recupero dei paraplegici. I Giochi erano di grande importanza, soprattutto perché incoraggiavano l'attività fisica ben programmata, restituendo fiducia e entusiasmo a persone che in passato avevano perso ogni speranza di migliorare la propria condizione e che erano costrette a rimanere immobili a letto, aspettando la morte come unica liberazione dalla sofferenza.

Gli eventi di Stoke-Mandeville si svolgevano ogni anno e nel 1952 la partecipazione di una squadra di atleti olandesi ha segnato l'inizio del movimento paralimpico internazionale. Nel corso degli anni, sempre più squadre straniere hanno preso parte alla competizione. Questa manifestazione si tiene ancora oggi ogni anno e comprende una varietà di sport come nuoto, atletica, tiro, tiro con l'arco, pallacanestro, scherma, tennis da tavolo, tiro a segno e bocce.

Nel 1956 si era giunti al momento opportuno affinché i Giochi di Stoke-Mandeville fossero considerati alla pari dei Giochi Olimpici, con lo stesso spirito di inclusione universale.



Figura 9: International Stoke Mandeville games

2.2: Cos'è il para-badminton?

Il para badminton è una variante del badminton adattata a soddisfare le esigenze degli atleti che presentano disabilità fisiche e/o mentali. Pur mantenendo la stessa attrezzatura e regole fondamentali del tradizionale badminton, sono state apportate alcune modifiche per garantire un'esperienza di gioco inclusiva e accessibile a coloro che hanno diverse tipologie di disabilità.

Lo sport è stato introdotto per la primissima volta nel corso degli anni '90, e nel 1998 si sono tenuti per la prima volta i Campionati mondiali presso Amersfoort, situata nei Paesi Bassi. Da quel momento in poi, l'entusiasmo per lo sport ha continuato a crescere ed oggi è regolato dalla Badminton World Federation (BWF).

Il parabadminton ha debuttato ai Giochi Paralimpici di Tokyo nel 2020. Hanno partecipato 28 nazioni, gareggiando per 14 titoli paralimpici. Le medaglie sono state divise tra dieci nazioni, ma è stata l'Asia a dominare il torneo. In particolare, la Cina ha ottenuto numerosi podi, conquistando ben cinque medaglie d'oro. Lucas Mazur, atleta francese, è stato incoronato campione nella categoria SL4 e ha ottenuto una medaglia di bronzo nel doppio. Questi risultati promettenti sono una buona base per i futuri Giochi Paralimpici di Parigi nel 2024.



Figura 10: Tappe principali della storia del parabadminton

La Federazione Italiana Badminton è stata fondata nel 1985 e ha ottenuto il riconoscimento dal Comitato Italiano Paralimpico nel 2016. Essa è l'organizzazione che rappresenta lo sport del Badminton nel nostro paese. La FIBa si impegna nella promozione, nell'organizzazione e nello sviluppo delle diverse modalità di pratica del Badminton e del Para-Badminton, sia a livello agonistico che amatoriale.

Nel para badminton, come nel badminton tradizionale, è possibile giocare in singolo o in doppio. Le partite si svolgono su un campo da badminton standard, ma possono essere adattate per alcune categorie. Ad esempio, nel singolo su sedia a rotelle, la partita si svolge solo sulla metà del campo. Come nel badminton, è necessario vincere 2 set da 21 punti per vincere una partita.

Una delle principali differenze tra para badminton e badminton abile risiede nell'utilizzo di un sistema di classificazione per raggruppare i giocatori in base al loro grado di disabilità. Nel para badminton, i giocatori vengono suddivisi in sei diverse categorie, valutando il tipo e la gravità delle loro limitazioni fisiche. Questo permette ai partecipanti di affrontare avversari con un livello simile di abilità fisica, garantendo una competizione più equa e bilanciata.

Un'altra differenza fondamentale riguarda la possibilità di utilizzare, durante la competizione, vari tipi di dispositivi di supporto, come protesi o sedie a rotelle, nel para badminton. Questo elemento contribuisce a rendere equo il campo di gioco e assicura che tutti gli atleti abbiano la possibilità di competere al massimo delle loro capacità.

Per quanto riguarda le disabilità dei giocatori sono ammesse: disabilità ortopediche, paraplegia e quadriplegia, emiplegia, paralisi cerebrale, disabilità neurologica progressiva, disabilità di origine neurologica.

2.2.1: Campo

Il para badminton si gioca su un classico campo da badminton. L'altezza della rete è di 1,55 m, come nel normale badminton.

Tuttavia, per alcune categorie, la dimensione del terreno è adatta:

- Nelle categorie WH1 e WH2, la partita viene disputata su una sedia a rotelle. Pertanto, l'area di gioco è ridotta alla metà del campo, escludendo la zona anteriore e il lato laterale. Inoltre, il corridoio sul retro non può essere utilizzato per servire.
- Nella categoria SL3, i giocatori hanno una capacità di movimento limitata. La superficie di gioco è quindi limitata a metà campo, compreso il corridoio laterale (escluso il servizio).

Per ottenere la vittoria in una partita, i giocatori devono conquistare due set. Ogni set si conclude quando uno dei giocatori raggiunge i 21 punti, a meno che il punteggio non si fissi sul 20-20. In questo caso, il gioco continua fino a quando un giocatore acquisisce un vantaggio di almeno 2 punti. Se il punteggio arriva a 29-29, il set si aggiudica il giocatore che conquista il punto successivo. I punti si ottengono quando

l'avversario commette un errore come sbattere il volano in rete o fuori dal campo, oppure quando si realizza un tiro vincente che l'avversario non riesce a restituire.

2.2.2: Specificità del gioco in sedia a rotelle

La racchetta rimane in mano: in questo modo è possibile spingere la sedia avanti e indietro, ma questa tecnica richiede pratica per diventare efficaci.

A causa delle dimensioni ridotte del campo e della velocità degli scambi, i giocatori effettuano solo poche rotazioni nel movimento.

- Nel caso dei giocatori di WH1, la loro mobilità del tronco è molto limitata. Di conseguenza, gli scambi sono più lunghi poiché hanno una capacità limitata di attaccare rapidamente.
- Nel caso dei giocatori di WH2, si osserva invece un gioco caratterizzato da attacchi e movimenti verticali.



Figura 11: Il Tn Col. Roberto Punzo, il primo italiano ad aver ottenuto la classificazione internazionale

2.2.3: In altre categorie

Nel caso dei giocatori di SL3, il giocatore si adatterà principalmente alle proprie limitazioni (come ad esempio il difetto di mobilità in diverse direzioni o l'abilità nell'eseguire determinati colpi tecnici) per sviluppare una strategia di gioco che eviti di trovarsi in situazioni complicate.

Nelle altre categorie, il giocatore invece adotterà una strategia che tenerà conto delle debolezze dell'avversario. Cercherà di utilizzare angolazioni sfavorevoli al suo handicap o addirittura cercherà di sfruttarlo a proprio vantaggio.

2.2.4: Categorie

- WH1 e WH2

Giocatori seduti su sedia a rotelle. In WH1 i giocatori non hanno l'azione volontaria del tronco. Il revival della sedia è meno efficace ed i giocatori sono seduti con lo schienale alto, che limita il gioco dei volani alti.

- SL3 e SL4

Giocatori in piedi con disabilità agli arti inferiori o lieve emiparesi.

Nella SL3 il ginocchio è interessato su uno dei due arti.

Se il giocatore viene colpito alla gamba sul lato del braccio che tiene la racchetta, sarà meno avvantaggiato.

- SU5

Giocatori in piedi con disabilità agli arti superiori.

Più il giocatore viene colpito sul flettente, più ci sono conseguenze sull'equilibrio e sul servizio.

- SH6

Piccoli giocatori.

Due categorie a seconda del tipo di nanismo.

A seconda delle gare, gli incontri si disputano a tutto o metà campo. Il programma del Para-Badminton prevede lo svolgimento di tornei promozionali e gare agonistiche per tutte le classi sportive in diverse località italiane che si concludono nei Campionati Italiani Assoluti di Para-Badminton che si svolgono in concomitanza dei Campionati Italiani dei normodotati. Il Para-Badminton è presente ai Giochi Paralimpici dall'edizione di Tokyo 2020. Sono molteplici le opportunità per iniziare questa disciplina: corsi di Para-Badminton presso i Club, Tornei promozionali e agonistici, Campionati provinciali, regionali, italiani, corsi di formazione per Tecnici e Ufficiali di gara, iniziative scolastiche ed eventi federali. Il Badminton è uno sport inclusivo, sostenibile e aperto a tutti, capace di offrire alle persone con disabilità fisiche, sensoriali o intellettivo-relazionali un'esperienza sportiva di piena integrazione. Non è mai troppo tardi per cominciare, uscire dalla sedentarietà e attivarsi, anche se svolto con poca regolarità, è decisivo e giova alla salute e al benessere psicofisico delle persone.



Figura 12: European para games 2023

Capitolo 3

BENEFICI DELLO SPORT NEI DISABILI

3.1: Cos'è l'inattività fisica?

Secondo la definizione dell'OMS, l'attività fisica si riferisce a qualsiasi movimento del corpo che coinvolga i muscoli scheletrici e richieda un consumo di energia, inclusi il lavoro, il gioco, le attività domestiche, i viaggi e le attività ricreative.

Si deve fare distinzione tra "attività fisica" e "esercizio", in quanto quest'ultimo è una sottocategoria dell'attività fisica che è pianificata, strutturata, ripetitiva e mirata a migliorare o mantenere uno o più aspetti della forma fisica. Tanto l'attività fisica di intensità moderata quanto quella vigorosa apportano benefici per la salute.

L'intensità dell'attività fisica varia da persona a persona. Per ottenere benefici per la salute cardio-respiratoria, ogni attività fisica dovrebbe essere praticata in sessioni di almeno 10 minuti. L'OMS raccomanda:

- Ai bambini e agli adolescenti: 60 minuti al giorno di attività fisica di intensità da moderata a vigorosa
- Agli adulti (dai 18 anni): 150 minuti a settimana di attività fisica di intensità moderata.

3.2: Benefici dell'attività fisica

Svolgere regolarmente un'attività fisica di intensità moderata, come per esempio fare una passeggiata, andare in bicicletta o praticare uno sport, apporta notevoli benefici per la salute. In ogni fase della vita, gli effetti positivi dell'esercizio fisico superano i potenziali rischi, come ad esempio quelli legati a possibili incidenti. Anche una piccola quantità di attività fisica è preferibile a non farne affatto. È possibile raggiungere i livelli di attività raccomandati in modo relativamente semplice, aumentando l'attività fisica nel corso della giornata in modi accessibili a tutti.

Nella letteratura letteratura è stato riconosciuto che l'esercizio fisico sia uno degli strumenti più importanti per prevenire malattie croniche non trasmissibili e migliorare il benessere mentale e fisico, indipendentemente dal sesso e dall'età.¶L'attività fisica è

infatti essenziale per mantenere il benessere delle persone e delle comunità nel complesso, poiché la mobilità attiva nelle città non solo permette di raggiungere livelli consigliati di attività fisica, ma offre anche benefici ambientali. Inoltre, l'attività fisica può ridurre i costi sia diretti che indiretti derivanti dall'inattività fisica, che rappresenta il quarto principale fattore di rischio per la mortalità globale e contribuisce al 6% delle morti nel mondo. Queste considerazioni portano alla conclusione che la promozione dell'attività fisica sia importante sia a livello individuale che sociale, richiedendo un approccio multidisciplinare e multisettoriale coinvolgente individui, gruppi e comunità.

Livelli di attività fisica regolari e adeguati:

- aumentano il benessere muscolare e cardiorespiratorio;
- migliorano la salute ossea e funzionale
- riducono il rischio di ipertensione, malattie cardiache coronariche, ictus, diabete, tumore della mammella e del colon e depressione;
- riducono il rischio di cadute e di fratture dell'anca o delle vertebre;
- sono fondamentali per l'equilibrio energetico e il controllo del peso.

3.2.1: Patologie cardiovascolari

In tutte le età, sia maschi che femmine possono beneficiare di numerosi vantaggi derivanti da un'attività fisica regolare. Attraverso un formato di esercizio adeguato, la mortalità in generale e quella causata da problemi cardiovascolari possono ridursi del 20-30% nelle persone sane, in modo proporzionale alla quantità di esercizio svolto. Questo beneficio si estende anche a pazienti affetti da malattie cardiache.

La abilità di svolgere attività fisica negli adulti, sia quelli sani sia quelli affetti da malattie cardiache, è un fattore che può predire la mortalità in modo indipendente. Nelle donne, è stato dimostrato che esiste una relazione dose-risposta tra attività fisica e rischio di malattie cardiovascolari; anche un modesto aumento dell'attività fisica nelle donne sedentarie può portare a benefici.

La protezione cardiovascolare si manifesta anche quando si instaura una malattia cardiaca, comprese forme lievi-moderate di scompenso: migliora la funzionalità cardiorespiratoria e si riducono frequenza cardiaca e pressione arteriosa a parità di livello di attività fisica raggiunto.

Durante l'esercizio fisico, prevale l'attività del sistema parasimpatico, che protegge contro il rischio di aritmie e variazioni del ritmo cardiaco.

3.2.2: Diabete

Diversi studi prospettici hanno evidenziato che la mancanza di attività fisica rappresenta un elemento di pericolo per l'insorgenza del diabete di tipo 2 sia negli uomini che nelle donne. Questa associazione è stata confermata anche da meta-analisi e revisioni sistematiche sul tema. È stato dimostrato che l'attività fisica costante, sia essa moderata o intensa, ha un effetto preventivo confermato, con una diminuzione del 30% del rischio di sviluppare determinate condizioni per le persone che sono attive, rispetto a coloro che conducono uno stile di vita sedentario.

3.2.3 :Sovrappeso e obesità

La correlazione tra livelli di attività fisica e predisposizione all'aumento di peso e obesità è evidente. L'eccessivo apporto calorico rispetto alle esigenze dell'organismo contribuisce ulteriormente al bilancio energetico. Mantenere un peso stabile e migliorare la qualità e la durata della vita è possibile grazie a un'attività fisica costante, anche moderata. Per normalizzare o mantenere il peso, è necessaria motivazione e costanza. Nelle persone già in sovrappeso, l'attività fisica e l'esercizio moderato, insieme a uno stile di vita corretto e soprattutto a un'alimentazione adeguata, favoriscono la perdita di peso.

Diverse analisi, incluso uno studio della Cochrane, hanno evidenziato che l'esercizio fisico promuove il dimagrimento e che questo è ancora più significativo quando è associato a una riduzione delle calorie, ottenendo così migliori risultati a lungo termine. Lo studio Finnish Twin Cohort ha dimostrato che alti livelli costanti di attività fisica sono associati a un mantenimento del peso o addirittura a una riduzione, indipendentemente da fattori genetici ed ambientali. Anche numerosi trial controllati hanno fornito prove sul fatto che l'attività fisica prolungata nel tempo può creare un deficit energetico e quindi favorire la perdita di peso. Di conseguenza, è innegabile che l'aumento dell'attività fisica comporti un dispendio energetico maggiore, conferendo all'attività fisica un potenziale enorme nel contrastare il problema sempre più diffuso dell'obesità.

3.2.4: Patologie muscolo-scheletriche

In modo simile a quanto detto finora, l'adesione a programmi di esercizio fisico è importante per preservare la salute e ritardare il naturale deterioramento dell'apparato muscolo-scheletrico legato all'età. Questo processo può portare, con l'avanzare degli anni, a problemi artrosici degenerativi e a una perdita prevalente di forza e flessibilità.

Evitare la perdita di forza muscolare e il deposito di grasso nel tessuto muscolare è possibile grazie all'esercizio fisico regolare. Questo vale sia per gli anziani che presentano un alto rischio di disabilità, sia per coloro che hanno un leggero deficit motorio.

È possibile contrastare la diminuzione della massa muscolare e l'accumulo di adipi nei tessuti muscolari attraverso una costante attività fisica. Questo beneficio si estende sia agli anziani con un elevato rischio di disabilità che a coloro che presentano una leggera compromissione del movimento.

Un adeguato grado di attività fisica di intensità moderata o elevata può anche essere benefico per prevenire l'osteoporosi, specialmente tra gli anziani e le donne che hanno raggiunto la menopausa (rischio di frattura dell'anca ridotto fino al 50%).

3.2.5: Tumori

Nonostante i numerosi progressi fatti nella terapia, la prevenzione che si può ottenere attraverso uno stile di vita adeguato rimane un'importante strategia per evitare un considerevole numero di tumori. Secondo le stime del World Cancer Research Fund, il 20-25% dei casi di cancro potrebbe essere attribuito a un consumo energetico eccessivo, cioè a eccessive abitudini alimentari e alla mancanza di attività fisica. Pertanto, sembra che l'attività fisica sia associata a una diminuzione complessiva del rischio di cancro.

3.2.6: Salute psicosociale

Seguire uno stile di vita sano, che includa l'esercizio fisico, sembra portare benefici immediati per la salute mentale e sociale a tutte le età. Questo è conforme alla definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2006, che considera non solo la salute fisica ma anche quella mentale e sociale.

L'attività fisica offre numerosi benefici sia a livello psicologico che nelle relazioni sociali. Tra questi vantaggi rientrano un aumento dell'autostima, un miglioramento della qualità della vita e una migliore percezione di sé stessi, soprattutto nelle donne. Uno studio recente ha dimostrato che l'attività fisica influisce positivamente sulla percezione di sé e sull'attrattività, e ciò è correlato anche alla riduzione dell'indice di massa corporea. Grazie a tali effetti, le donne coinvolte nello studio sono state in grado di mantenere uno stato di salute sia fisico che mentale ottimale.

L'attività fisica in generale contribuisce in modo significativo a migliorare la qualità della vita sociale delle persone, ma partecipare a diverse discipline sportive sembra offrire ancora maggiori vantaggi psicosociali rispetto ad altre forme di attività fisica.

In particolare, l'aspetto positivo per la salute mentale e sociale si manifesta maggiormente quando si pratica uno sport di squadra rispetto a un'attività fisica individuale. Inoltre, la libertà di scegliere l'attività fisica preferita e il divertimento che ne deriva sembrano essere elementi che contribuiscono al miglioramento della salute. Un aspetto che contribuisce ai numerosi vantaggi sociali dello sport è che non sempre viene praticato a livello competitivo, ma anche solo come svago. D'altra parte, non tutte le forme di attività fisica sono gratificanti. Varie ricerche dimostrano che l'attività fisica ha numerosi benefici per la salute mentale, in quanto contribuisce a prevenire disturbi psicologici come ansia, attacchi di panico, depressione, dipendenze e stress, oltre alla solitudine.

3.3: Sport e disabilità

Il termine “disabilità” è utilizzato comunemente in una ampia serie di condizioni ma, propriamente, fa riferimento alle limitazioni funzionali ed alle restrizioni nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e nella partecipazione alla vita sociale a causa di menomazioni fisiche, mentali/intellettuali o sensoriali conseguenti ad una patologia o a un trauma.

Con il termine "disabilità" ci si riferisce quindi alle diverse limitazioni funzionali nell'interazione tra una persona con problemi di salute e i fattori ambientali e personali. Questo riguarda il rapporto tra l'individuo e l'ambiente in cui vive. Secondo la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità del 2006, a cui l'Italia aderisce, le persone con disabilità sono coloro che, a causa di una menomazione, possono incontrare ostacoli (come ad esempio barriere architettoniche) che impediscono loro di partecipare pienamente e effettivamente alla vita sociale. Di conseguenza, queste persone possono essere soggette a discriminazione rispetto al principio di uguaglianza per tutti gli individui sancito dalla Dichiarazione universale dei diritti umani.

La Convenzione sollecita in modo deciso gli Stati firmatari a garantire i diritti umani delle persone con disabilità e a considerare la disabilità come una relazione sociale tra le caratteristiche delle persone e l'ambiente, non come una malattia. Per quanto riguarda l'attività fisica e sportiva, è importante consentire alle persone con disabilità di partecipare su base di parità alle attività ricreative, di tempo libero e sportive. Ciò significa:

- incoraggiare e promuovere la partecipazione più ampia possibile delle persone con disabilità a iniziative di promozione dell'attività fisica e sportiva a tutti i livelli;
- garantire alle persone con disabilità l'opportunità di organizzare, sviluppare e partecipare ad attività specifiche, fornendo adeguati mezzi di istruzione, formazione e risorse;
- assicurare l'accesso delle persone con disabilità a strutture ricreative, sportive e turistiche;
- garantire che i bambini con disabilità abbiano pari opportunità rispetto ai loro coetanei di partecipare ad attività ludiche, ricreative, di tempo libero e sportive, incluse quelle all'interno del sistema scolastico.

3.3.1: Raccomandazioni

Le persone affette da disabilità neuro-sensoriale, ritardo cognitivo e disturbo psichico che hanno la capacità di fare attività fisica a un'intensità media-alta dovrebbero seguire principalmente le direttive per gli adulti. Questo significa che dovrebbero fare almeno 150 minuti di attività fisica a settimana a intensità moderata, oppure 75 minuti di attività aerobica ad alta intensità, oppure una combinazione equivalente di attività aerobica a intensità moderata e alta. L'attività aerobica dovrebbe essere svolta in sessioni di almeno 10 minuti. È anche consigliabile fare attività di rafforzamento muscolare ad intensità moderata o alta, coinvolgendo tutti i principali gruppi muscolari, per almeno due giorni a settimana. Nel caso in cui gli adulti con queste disabilità non possano raggiungere questi livelli, è consigliabile evitare di rimanere inattivi e impegnarsi in un'attività fisica regolare, adattata alle loro capacità.

Le persone affette da disturbi mentali possono partecipare a programmi di esercizio fisico con le stesse regole (modello FITT) degli individui senza disturbi, anche se l'attività può variare a seconda del grado e del tipo di malattia. L'attività sportiva di gruppo può essere particolarmente efficace per le persone che si ritirano dal sociale, a patto che vi sia un operatore che supporti il paziente, almeno all'inizio. Camminare può essere facilmente inserito nella routine quotidiana ed è un prezioso mezzo per contrastare la sedentarietà, soprattutto per coloro che hanno ridotto l'accesso ad attività più strutturate o costose, come ad esempio i pazienti psichiatrici. Camminare, sia in gruppo che in famiglia, rappresenta il tipo di esercizio più semplice, sicuro ed economico da promuovere. Nelle persone con malattie come la schizofrenia e la demenza, l'attività fisica deve essere personalizzata e supervisionata. Nelle persone con schizofrenia, inoltre, è necessario fornire un costante sostegno e motivazione per sostenere l'attività fisica. Nelle persone affette da demenza, il programma di allenamento deve essere progettato per migliorare le capacità motorie durante la camminata, l'equilibrio e le abilità di base della vita quotidiana.

In generale è importante motivare e sostenere tutti i giovani affinché mantengano uno stile di vita attivo e evitino la sedentarietà, anche se non possono partecipare a tutte le attività consigliate. Anche i bambini e gli adolescenti con disabilità dovrebbero praticare attività fisica secondo i livelli raccomandati per i loro coetanei, scegliendo insieme al medico i tipi e le quantità di esercizio più adatte. Consultare sempre un medico di fiducia per determinare il tipo e la quantità di attività fisica più appropriata e adatta alle loro condizioni fisiche e mentali, considerando anche come la disabilità influenzi la capacità di praticare esercizio.

3.3.2: Attività fisica per disabili

Per le persone con disabilità, l'attività fisica e lo sport svolgono un ruolo fondamentale nella riabilitazione, ma sono anche strumenti indispensabili per lo sviluppo mentale e fisico, per promuovere l'autonomia, potenziare le abilità esistenti, aumentare la fiducia in se stessi e favorire l'integrazione sociale.

La pratica dell'attività fisica comporta l'acquisizione di abilità motorie, facilitando così lo sviluppo e la diversificazione delle proprie competenze. Indipendentemente dalla gravità della disabilità, l'attività fisica comporta numerosi benefici, come una maggiore indipendenza negli spostamenti, l'acquisizione di competenze motorie e la corretta applicazione di queste ultime nella vita scolastica, sociale e, nei casi meno gravi, l'acquisizione di capacità motorie più avanzate che consentono anche la pratica di uno sport. Inoltre, migliora le funzioni neuromuscolari, respiratorie e cardiocircolatorie, nonché le capacità di organizzare, dirigere e regolare il movimento.

Quando si sviluppano capacità motorie sempre più complesse e si aumenta il livello di fitness, diventa possibile praticare uno sport. L'attività fisica e sportiva sono strumenti utili per consentire a tutti, indipendentemente dalle loro abilità, di ritrovare il senso di socialità, di corpo, di soddisfazione e di autonomia, promuovendo l'inclusione e la piena partecipazione, anche attraverso modalità che favoriscono l'integrazione con persone senza disabilità.

Nelle persone con menomazioni intellettive, l'attività fisica può portare a cambiamenti positivi nelle diverse componenti della salute legate alla fitness. Questi includono la massima capacità aerobica, la forza e resistenza muscolare, la flessibilità e la composizione corporea. Praticare regolarmente attività fisica è essenziale per aumentare l'autonomia. Seguire una routine stabilita, indossare l'abbigliamento adatto e rispettare le regole favorisce il senso di responsabilità verso sé stessi e gli altri, la cura di sé, la capacità di affrontare i propri limiti e le proprie risorse e la capacità di prendere decisioni. Questo si aggiunge alla capacità di muoversi e camminare autonomamente. Oltre a migliorare la forma fisica e lo sviluppo cognitivo attraverso l'apprendimento motorio, l'attività fisica favorisce la socializzazione, migliora l'autostima e aumenta l'indipendenza, con effetti positivi sulla qualità della vita.

L'esercizio fisico può portare benefici significativi alla vita delle persone affette da disturbi mentali, specialmente se sono isolate socialmente, poiché favorisce la salute fisica e può alleviare disturbi psichici e problemi di integrazione sociale.

Le persone con disabilità che interessano la capacità di movimento, come ad esempio lesione del midollo spinale, amputazione degli arti inferiori e cerebrolesione grave che impedisce la postura eretta, presentano un rischio cardiovascolare più elevato rispetto alla popolazione generale. Il modo di vivere sedentario è considerato un fattore di rischio indipendente per le malattie cardiovascolari causate dagli effetti diretti sul metabolismo energetico e per il sviluppo di sovrappeso e obesità. Inoltre, i conseguenti effetti negativi dello stile di vita sedentario, come il deterioramento e l'atrofia muscolare, la riduzione della funzionalità cardiovascolare ed endocrina e l'osteoporosi, possono essere ridotti attraverso l'esercizio fisico. Tuttavia, per queste persone, le normali attività quotidiane che svolgono su una sedia a rotelle non offrono uno stimolo sufficiente per contrastare lo stile di vita sedentario.

La partecipazione a sport o l'attività fisica regolare fornisce vantaggi sia fisici che psicologici alle persone con amputazioni degli arti. Queste persone devono essere incoraggiate a mantenere uno stile di vita attivo dopo essere state dimesse dall'ospedale e aver completato la riabilitazione. La maggior parte delle amputazioni agli arti inferiori sono causate da problemi di circolazione periferica e diabete, mentre le amputazioni agli arti superiori sono spesso il risultato di incidenti stradali, lesioni gravi con strumenti o macchinari, o geloni. Le amputazioni agli arti superiori hanno un minor impatto sulla capacità di camminare delle persone e quindi dovrebbero influenzare poco il livello di attività fisica svolta da questi pazienti. Pertanto, possono praticare tutti gli esercizi e le attività motorie che coinvolgono gli arti inferiori, come il resto della popolazione.

Le persone che hanno subito amputazioni delle gambe, indipendentemente dalla loro salute o presenza di patologie secondarie, possono trarre beneficio dal fare esercizi di stretching, esercizi specifici per aumentare la forza muscolare delle braccia, spalle, addominali, petto e schiena. È fondamentale che la protesi dell'arto sia comoda e adatta per l'attività o l'esercizio scelto. Attività come camminare, fare bicicletta, canottaggio e l'utilizzo di alcune macchine aerobiche non richiedono adattamenti speciali per le protesi, a differenza di altre attività motorie ed esercizi come correre, fare scatti o nuotare.

La scelta del tipo di attività fisica da svolgere dipende dall'amputazione, dalle esigenze, capacità e abilità motorie della persona. Prima di intraprendere qualsiasi attività fisica, i soggetti con amputazioni devono essere valutati da specialisti della salute, che prendono in considerazione non solo le condizioni cliniche generali, ma anche l'osservazione del moncone, l'ampiezza dei movimenti passivi e attivi del moncone e la flessibilità delle diverse articolazioni. Inoltre, la scelta del tipo,

dell'intensità, della durata e della frequenza dell'attività fisica da svolgere viene presa in considerazione.

3.3.3: Setting scuola

L'inserimento dei ragazzi disabili nell'educazione fisica scolastica può avere un ruolo significativo, portando benefici anche agli altri studenti. L'attività fisica e lo sport possono migliorare la qualità della vita dei ragazzi con disabilità intellettive e/o mentali, promuovendo al contempo l'integrazione sociale e l'autostima. Questo processo di inclusione coinvolge tutti gli studenti, ognuno secondo le proprie abilità e conoscenze, con l'obiettivo di costruire un benessere collettivo e creare relazioni di comunità. L'attività fisica non è più considerata solo un'attività extra o un semplice esercizio ricreativo, né viene vista come terapia riabilitativa per i ragazzi disabili. Piuttosto, è considerata un mezzo per la formazione e lo sviluppo della personalità nella sua interezza.

L'inclusione scolastica e sociale delle persone con disabilità è ancora un processo in corso, con sfide culturali persistenti da affrontare. Questo è un tema di grande importanza nello sviluppo delle politiche sociali. Per garantire il benessere degli studenti disabili, la scuola deve essere supportata non solo dagli enti locali, dalle agenzie educative e dalle ASL, ma anche dalle famiglie che devono essere educate sulla consapevolezza che l'apprendimento avviene non solo attraverso le materie classiche, ma anche attraverso l'attività fisica e sportiva. In particolare, la pratica dello sport, anche a scuola, permette alle persone con disabilità, specialmente a coloro con deficit mentale, di comprendere e imparare regole di vita essenziali per la comunità, come il rispetto verso compagni, allenatori e avversari e l'impegno durante gli allenamenti e le competizioni. È necessario prestare una particolare attenzione alla pratica degli sport di squadra a scuola. Per una persona con disabilità, far parte di una squadra significa sentirsi accettata e inserita in una realtà sociale. All'interno della squadra si crea un forte senso di appartenenza e si sperimenta personalmente cosa significa aiutarsi reciprocamente per raggiungere un obiettivo comune.

3.3.4: Setting sanitario e comunità

L'inclusione delle persone con disabilità nell'attività fisica e sportiva è ancora difficile, a causa di ostacoli sia interni che esterni. Tuttavia, i servizi sanitari possono svolgere un ruolo importante nel favorire la partecipazione delle persone con disabilità a queste attività. A livello individuale, è fondamentale fornire una valutazione medica specifica tramite un team di professionisti multidisciplinare, in grado di indicare le attività fisiche più adatte. Nel caso di disturbi psichiatrici che comportano una significativa compromissione del quadro psicopatologico, è necessario sviluppare un piano personalizzato e garantire la supervisione da parte di uno specialista di riferimento.

In termini di comunità, è importante promuovere la creazione di reti che facilitino l'inclusione delle persone con disabilità nel mondo dello sport e nell'attività fisica. Pertanto, è fondamentale collaborare tra le diverse strutture del servizio sanitario, insieme ai servizi socio-sanitari, agli Enti locali, al mondo della scuola, alle Associazioni di promozione sportiva e sociale, al CIP (Comitato Italiano Paralimpico) e alle famiglie. È opportuno implementare interventi specifici volti a garantire pari opportunità per tutti i cittadini nell'accesso al benessere, alla qualità della vita e alla salute, anche in linea con le politiche per contrastare le disuguaglianze sociali e per affrontare l'isolamento e l'emarginazione derivati dalla malattia e dal disagio mentale. Questo dovrebbe essere realizzato attraverso un approccio di welfare di comunità, in cui la salute sia considerata un fattore relazionale oltre che psicofisico.

Le persone con disabilità, che sono più a rischio di conduzione sedentaria e alimentazione scorretta, necessitano di un approccio completo nella promozione di uno stile di vita sano. È importante far conoscere a queste persone i benefici di un'attività fisica regolare integrata nella loro routine quotidiana, così come di una corretta alimentazione e del contrasto ai comportamenti che possono peggiorare il rischio di malattie croniche. Per ottenere questo risultato, è necessario che gli operatori sanitari possiedano competenze adeguate e strumenti appropriati, e che si collabori tra strutture territoriali, ospedaliere e ambulatoriali. È fondamentale anche il coinvolgimento di medici di medicina generale, pediatri ed esperti di attività motoria. Questa collaborazione può essere facilitata e rafforzata grazie al lavoro di squadra e a programmi di formazione condivisi.

3.4: Attività agonistica: alcuni aspetti psicologici del mettersi in gioco

Praticare attività agonistica non significa solo fare della mera attività motoria.

Per ogni individuo, l'esercizio di un'attività sportiva richiede un coinvolgimento a livello fisico, mentale e sociale. Ciascuna di queste componenti può influenzare positivamente o negativamente la capacità di praticare lo sport scelto. Ad esempio, l'opportunità di allenarsi con un amico può essere un incentivo per praticare l'attività, mentre un infortunio alla caviglia o un periodo difficile sul posto di lavoro possono essere degli ostacoli.

L'attività fisica in senso stretto rappresenta solo una delle componenti dell'attività sportiva. Praticare uno sport è, principalmente, un'opportunità per mettersi alla prova su diversi livelli, compresi:

- mantenere una costanza nell'attività avviata;
- sopportare la delusione di non raggiungere rapidamente gli obiettivi desiderati;
- provare gioia e soddisfazione per i progressi ottenuti;
- condividere il tempo con altre persone che praticano la stessa attività.

L'esperienza delle persone con disabilità che scelgono di "mettersi in gioco" può risultare unica se consideriamo alcuni aspetti con cui l'atleta si avvicina all'allenamento. Nel caso di una disabilità fisica, ad esempio, la persona si confronta con limitazioni nel movimento del corpo e modifiche delle sensazioni fisiche. Questi fattori possono influire sul piano emotivo, generando insicurezza sul proprio aspetto fisico, dubbi sulle proprie capacità e possibili sbalzi d'umore. Se la disabilità coinvolge anche il piano cognitivo, possono manifestarsi difficoltà nel gestire ed elaborare le emozioni proprie e degli altri, problemi di comunicazione con il mondo esterno e sfide in alcune funzioni specifiche come l'attenzione e l'apprendimento.

La scelta del tipo di attività sportiva per le persone disabili dipenderà da diversi fattori e avrà un significato diverso per ognuna di loro. Alcune potrebbero essere motivate dal desiderio di gareggiare e confrontarsi con se stesse e gli altri, per conoscere meglio le proprie capacità e imparare a sfruttarle per raggiungere obiettivi. Altre potrebbero invece vedere lo sport come un modo per rilassarsi, divertirsi e migliorare la coordinazione psicomotoria. Alcuni potrebbero preferire l'attività sportiva di gruppo, mentre altri potrebbero prediligere quella individuale. Nella scelta dell'attività sarà importante tenere conto dei desideri e delle curiosità della persona, valutare se le condizioni fisiche e mentali sono compatibili con l'attività scelta o se sia necessaria una preparazione adeguata, e considerare la disponibilità di spazi attrezzati in modo appropriato.

Spesso, le persone con disabilità sono costrette ad affrontare molte responsabilità legate alla cura della loro salute, come accertamenti medici, terapie e riabilitazione. Per questo motivo, è fondamentale che lo sport abbia un ruolo nella loro vita, offrendo loro un momento di svago e di socializzazione. Lo sport permette alle persone disabili di ampliare le loro esperienze personali, dato che molte condizioni di disabilità possono limitarne le possibilità di sperimentarsi in attività comuni ai loro coetanei. Inoltre, spesso le persone con disabilità sono anche preoccupate per la reazione delle loro famiglie e delle istituzioni, come la scuola o i gruppi di aggregazione, che involontariamente possono inibire la loro curiosità. Lo sport, invece, offre loro un contesto protetto in cui possono esprimersi liberamente. Un altro obiettivo importante legato alla pratica sportiva per le persone con disabilità è l'autonomia, sia dal punto di vista tecnico che psicosociale. Diventare autonomi dal punto di vista tecnico significa ridurre gradualmente la quantità di assistenza di allenatori o compagni di squadra necessaria per svolgere l'attività sportiva. Allo stesso tempo, lo sport aiuta le persone con disabilità ad affinare la propria autonomia anche dal punto di vista psicosociale, attraverso il confronto con i compagni di squadra e la rinegoziazione della propria idea di sé. Questo processo favorisce la consapevolezza che la disabilità non definisce completamente la propria identità, permettendo alle persone di vivere il proprio corpo in movimento, testare le proprie capacità e relazionarsi con gli altri. L'autonomia psicosociale si manifesta anche nell'aumento della capacità di comunicare le proprie sensazioni e sentimenti in maniera efficace, aumentando così la fiducia nelle proprie potenzialità.

Nel corso dell'attività sportiva, la dimensione tecnica e quella psicosociale si intersecheranno costantemente e saranno aspetti che l'atleta, il suo allenatore e la squadra (nel caso di sport di squadra) affronteranno insieme. In queste dinamiche, si svilupperà sia l'apprendimento delle abilità sportive, sia l'opportunità per la persona disabile di acquisire maggiore fiducia nelle proprie capacità e di interagire con gli altri. Pertanto, è fondamentale che l'atleta e il suo allenatore creino un clima di lavoro positivo, basato sulla reciproca collaborazione e sulla conoscenza delle caratteristiche individuali di ciascuno coinvolto. L'apprendimento delle abilità sportive è un processo graduale e l'allenatore deve strutturare le sue attività in modo da aiutare gradualmente la persona a sviluppare tutte le competenze necessarie, partendo dalle più semplici e poi aumentando la complessità. Allo stesso tempo, è essenziale che l'allenatore sia in grado di adattare il suo programma per rispettare le capacità, le competenze e i tempi di apprendimento della persona. Nella pianificazione dell'allenamento, l'allenatore potrebbe prendere in considerazione alcuni principi guida:

1. prima di iniziare qualsiasi attività, è necessario individuare quali siano le informazioni rilevanti da presentare perché lo sportivo possa comprenderne gli aspetti fondamentali;

2. durante la presentazione dell'attività, è necessario specificarne l'obiettivo e privilegiare sempre la dimostrazione pratica;

3. esplicitare quali saranno le azioni tecniche intermedie per raggiungere un determinato risultato: è importante che l'atleta capisca che le attività proposte sono azioni strutturate e organizzate in vista di un fine, in maniera da mantenere un adeguato livello di motivazione;

4. dopo l'esecuzione del gesto sportivo, fornire sempre un feed-back immediato e specifico sui punti di forza e sulle criticità;

5. diradare gradualmente il feed-back man mano che la persona diventa più competente ed autonoma e concentrare l'attenzione sull'abilità successiva da sviluppare.

La pratica sportiva per gli atleti disabili offre numerosi benefici a livello psicologico, tra cui la promozione dell'integrazione della persona. Attraverso questa pratica, l'atleta è in grado di unire tutte le sensazioni e gli stimoli provenienti da diverse parti del suo corpo in una rappresentazione mentale unica di se stesso. Questo processo è essenziale per rafforzare il senso di identità, soprattutto nelle persone con disabilità intellettiva, in cui la percezione di se stessi può essere frammentata.

Praticare uno sport crea un effetto psicologico in cui si percepisce un'identità positiva e un senso di capacità personale. Attraverso la pratica sportiva, è possibile stabilire obiettivi e utilizzare le proprie risorse per cercare di raggiungerli. Questo processo consente alle persone di esplorare le loro capacità, possibilità e limiti, aumentando così la consapevolezza di sé.

Per raggiungere gli obiettivi, l'atleta si impegna in gare o partite che lo spingono a sfidare i propri limiti, a superare la fatica e a non arrendersi davanti alle difficoltà. Il successo ottenuto in queste esperienze incoraggia l'atleta a continuare ad impegnarsi, costruendo progressivamente una maggiore fiducia nelle proprie capacità e un'immagine positiva di sé.

In modo simile, partecipare a un'attività sportiva comporta affrontare i propri limiti, l'insuccesso e la sconfitta. In ogni disciplina, è attraverso gli errori e le cadute che si impara. Capire che commettere errori o ottenere prestazioni scadenti non definisce il valore di una persona e che non è una situazione senza speranza, sarà cruciale per il suo sviluppo personale. In questo momento critico, il rapporto tra l'atleta, l'allenatore e la squadra avrà un'importanza fondamentale. All'interno di queste relazioni, sarà possibile analizzare le cause del fallimento e individuare soluzioni per ottenere risultati diversi. Lo sport, quindi, offre l'opportunità di sperimentare il valore della sconfitta come un incentivo per comprendere se il fallimento:

- sia dovuto a fattori interni, e quindi alla necessità di accettare un limite o di impegnarsi maggiormente.
- sia dovuto a cause esterne, e quindi all'aver incontrato qualcuno in grado di esprimere una performance migliore, senza che questo comporti una svalutazione di sé.

Inoltre, l'attività fisica si dimostra essenziale sia per alleviare lo stress e le tensioni fisiche accumulate, sia per canalizzare positivamente l'aggressività. Studi evidenziano che le persone che si impegnano costantemente in esercizio fisico hanno una maggiore capacità di gestire le proprie emozioni rispetto a coloro che conducono una vita sedentaria. Inoltre, comportamenti inadeguati come l'aggressività, autolesionismo e lesioni verso gli altri, tipicamente riscontrati in individui con ritardo mentale medio o grave, hanno la tendenza a diminuire quando si inizia a praticare attività motoria.

La regolazione delle emozioni e la gestione dello stress non sono semplici processi fisici di scarica, ma vengono influenzati dalle regole interiorizzate e dalle interazioni con i compagni di squadra. Partecipare a un'attività sportiva offre la possibilità di interagire costantemente con altre persone, come l'allenatore, i compagni di squadra e gli avversari. Queste relazioni permettono di sperimentare una vasta gamma di sentimenti ed emozioni, di riconoscere e risolvere eventuali conflitti e di adattare il proprio comportamento alle persone con cui si interagisce. Questo costante scambio di esperienze aiuta sia la persona disabile che i suoi compagni a migliorare la comunicazione, la cooperazione e a seguire regole e comportamenti comuni per superare momenti di incertezza e raggiungere obiettivi comuni. In definitiva, la possibilità di fare affidamento sul gruppo aumenta la fiducia, l'affettività e la capacità di controllare il comportamento aggressivo.

Capitolo 4

ANALISI DELLA QUALITÀ DI VITA DA UN PUNTO DI VISTA PSICO-FISICO E SOCIALE

4.1: Background della ricerca

Diverse ricerche scientifiche hanno dimostrato che l'attività fisica svolge un ruolo chiave nelle persone disabili, poiché contribuisce al recupero e al potenziamento delle capacità fisiche, migliorando notevolmente gli aspetti psicologici e sociali. Ad esempio, uno studio condotto nel 2008 e pubblicato sulla rivista *Prosthetics & Orthotics International* esplora il legame tra attività fisica e qualità della vita in una popolazione di 75 persone con amputazione della gamba. Lo studio ha riconosciuto la necessità di una maggiore sensibilizzazione sull'importanza dell'attività fisica per le persone amputate, in quanto comporta benefici per la salute. Utilizzando il questionario WHOQOL-Bref, è stato riscontrato un miglioramento nel dominio fisico, in particolare nelle abilità atletiche e funzionali, nonché nei domini psicologici e nelle relazioni sociali e personali. Inoltre, è importante promuovere la pratica sportiva in un ambiente sociale favorevole.

Il *WHO-Quality of Life* (WHOQOL) è uno strumento messo a punto dalla World Health Organization, destinato a diventare uno dei punti di riferimento principali per la misurazione della qualità della vita. Esso è stato concepito al fine di poter essere utilizzato in culture ampiamente diverse fra loro; versioni adattate allo specifico contesto culturale sono attualmente in corso di sviluppo in molti centri in tutto il mondo (WHOQOL Group, 1995; 1998a). Questi centri sono stati innanzitutto coinvolti nel formulare una definizione consensuale del concetto di qualità della vita nelle diverse culture, e, successivamente, nel determinare, partendo dall'analisi di un numero molto elevato di possibili domande, la rilevanza degli ambiti indagati dal questionario nello specifico contesto culturale.

4.2: Obiettivo della ricerca

L'obiettivo di questo studio nasce da un'esperienza personale. La persona che mi ha ispirato a scrivere questa tesi è mio padre. È capitano dei carabinieri e diplomato ISEF, e 35 anni fa, dopo un brutto incidente durante il servizio, ha subito l'amputazione della gamba sinistra all'altezza della coscia. Dal 2015 è entrato a far parte del GSPD (Gruppo Sportivo Paralimpico della Difesa), che gli ha dato la possibilità di trasformare il suo amore per lo sport nel suo lavoro, ed io ho visto mio padre iniziare una nuova vita. Con il GSPD, ha partecipato ad alcune competizioni sportive, chiamate Invictus Games, a cui ho avuto l'onore di partecipare come accompagnatrice.. A queste gare partecipano veterani di guerra che hanno contratto disabilità permanenti in servizio. In questa occasione ho avuto modo di conoscere tanti atleti disabili che, come mio padre, in seguito all'infortunio subito, grazie allo sport hanno ricominciato a vivere e a vedere solo gli aspetti positivi della vita. Questa esperienza mi ha portata a voler condurre uno studio sulla qualità della vita da un punto di vista psico-fisico e sociale tra gli atleti di para-badminton, sport praticato da mio padre a livello internazionale.

4.3: Materiali e metodi

Per lo studio è stato utilizzato il questionario WHOQOL-BREF, composto da 26 domande sulla percezione dell'individuo della propria salute e del proprio benessere nelle due settimane precedenti ed è messo a punto nell'ambito di un progetto internazionale promosso e coordinato dall'OMS. Le risposte alle domande sono su una scala Likert da 1 a 5 dove 1 rappresenta "in disaccordo" o "per niente" e 5 rappresenta "completamente d'accordo" o "estremamente".

Il WHOQOL-BREF copre quattro ambiti ciascuno con aspetti specifici:

1. Salute fisica

- Attività quotidiane
- Dipendenza da sostanze medicinali e presidi medici Energia e fatica
- Mobilità
- Dolore e disagio
- Dormi e riposa
- Capacità di lavoro

2. Psicologico

- Immagine e aspetto corporeo
- Sentimenti negativi
- Sentimenti positivi
- Autostima
- Spiritualità/Religione/Credenze personali
- Pensiero, apprendimento, memoria e concentrazione

3. Relazioni sociali

- Relazioni personali
- Supporto sociale
- Attività sessuale

4. Ambiente

- Risorse finanziarie
- Libertà, incolumità fisica e protezione
- Sanità e assistenza sociale: accessibilità e qualità
- Ambiente domestico
- Opportunità di acquisire nuove informazioni e competenze
- Partecipazione e opportunità di attività ricreative/di svago
- Ambiente fisico (inquinamento/rumore/traffico/clima)
- Trasporto

Ci sono anche due domande separate che pongono domande specifiche su 1) la percezione complessiva dell'individuo della propria salute e 2) la percezione complessiva dell'individuo della propria qualità di vita.

Il questionario è stato inserito sulla piattaforma Google Form, sia in lingua italiana che in lingua inglese e in seguito è stato somministrato agli atleti italiana di para-badminton, grazie alla collaborazione di mio padre, Piero Rosario Suma ,che fa parte della nazionale. Grazie al suo aiuto il questionario è stato somministrato anche ad alcuni atleti di nazionalità straniera, tra cui cinesi, thailandesi ,svizzeri ,inglesi ,israeliani e americani ,presenti ai molteplici tornei europei e mondiali a cui mio padre, insieme ai suoi compagni della nazionale, partecipa ogni volta.

La realizzazione di questo form sulla piattaforma Google è stato un modo molto comodo e veloce per somministrare il questionario ai diversi atleti. Una volta arrivata la risposta degli atleti al questionario ,il form registra automaticamente (in forma anonima) tutte le risposte alle domande.

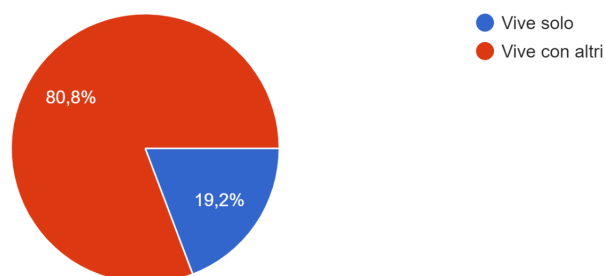
4.3: Risultati

Il campione oggetto di studio è formato da 52 soggetti, reclutati da giugno 2023 ad agosto 2023, di cui l'80,8% maschi e il 19,2% femmine, di età compresa tra i 22 e il 60 anni (di cui il 65,38% sotto i 50 anni, mentre il restante 34,62% sopra i 50 anni).

Per quanto riguarda l'ambiente, da questo questionario è emerso che circa l'80,8% dei soggetti che hanno partecipato allo studio vive con altre persone ed il 70,6% è soddisfatto dell'ambiente in cui vive.

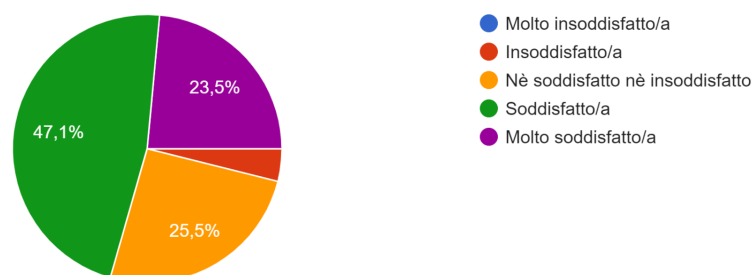
Situazione abitativa

52 risposte



E' soddisfatto/a delle condizioni delle sua abitazione?

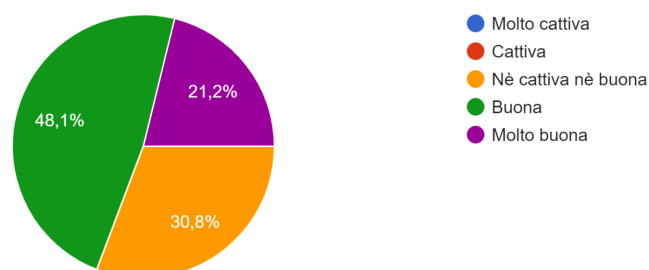
51 risposte



Per quanto riguarda la salute fisica circa il 70% dei soggetti hanno una qualità della vita e del sonno ottimale; inoltre circa il 70% dichiara di essere in grado o abbastanza in grado di impegnarsi nelle cose che fa, di riuscire ad avere molta concentrazione e anche energia necessaria per svolgere le attività di tutti i giorni; circa il 60% dei soggetti è soddisfatto della sua salute, mentre il 55,7 % dichiara di non sentirsi limitato o di sentirsi poco limitato nello svolgere le attività a causa dei dolori fisici, e solo una piccolissima percentuale del 5,8% necessita di trattamenti o interventi chirurgici per poter affrontare la vita di tutti i giorni.

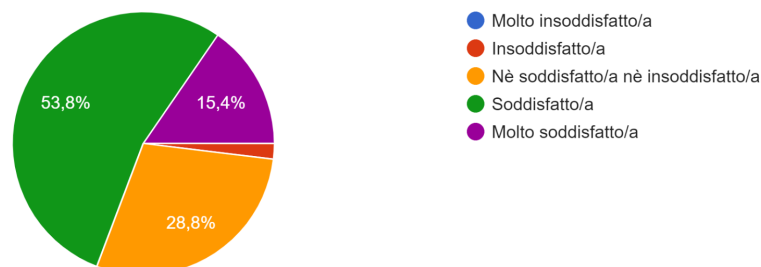
Come valuta la qualità della sua vita?

52 risposte



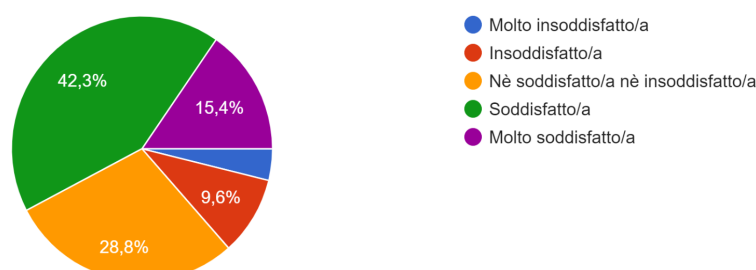
E' soddisfatto/a della sua capacità di impegnarsi in attività?

52 risposte



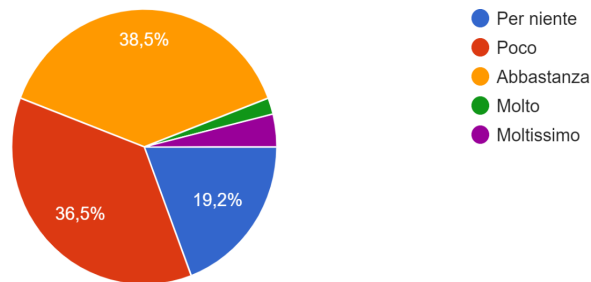
E' soddisfatto della sua salute?

52 risposte



In che misura i dolori fisici le impediscono di fare le cose che deve fare?

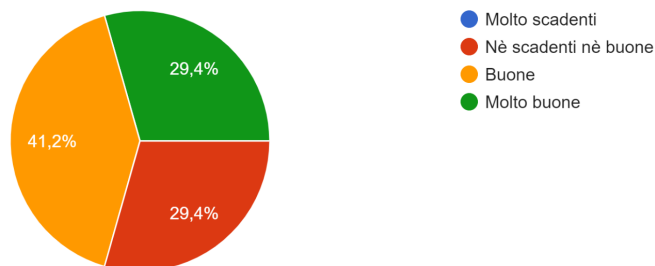
52 risposte



Da un punto di vista psicologico il 70,6% dei soggetti ritiene di avere delle buone condizioni di salute e l'88,2% cerca di godersi la vita poiché per questi la loro vita ha un grande significato, infatti quasi il 70% dei soggetti dichiara di non avere mai o raramente sentimenti negativi, come cattivo umore, disperazione, ansia o depressione; per quanto riguarda l'aspetto esteriore è risultato che l'84,6% dei soggetti lo accetta di buon grado; chiedendo ai soggetti se fossero soddisfatti di se stessi, circa il 70% ha dichiarato di sentirsi molto soddisfatto, un ottimo risultato considerando le difficoltà con cui molti di loro convivono tutti i giorni.

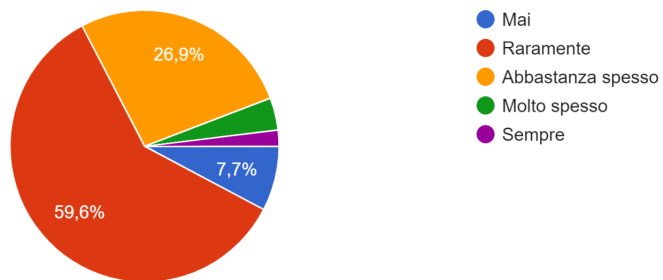
Come valuta complessivamente le sue condizioni di salute da un punto di vista psicologico?

51 risposte



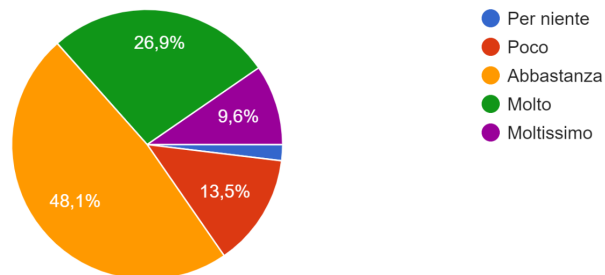
Quanto spesso prova dei sentimenti negativi, come cattivo umore, disperazione, ansia o depressione?

52 risposte



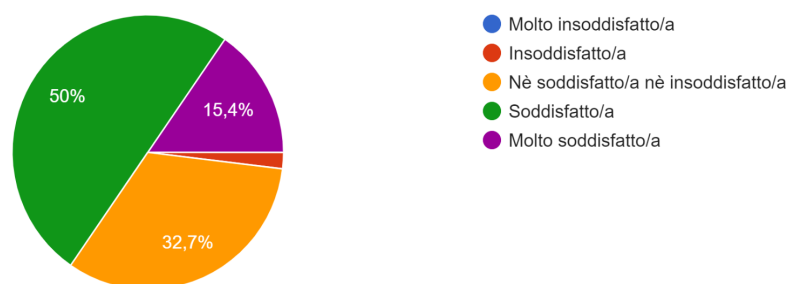
Accetta di buon grado il suo aspetto esteriore?

52 risposte



E' soddisfatto/a di se stesso?

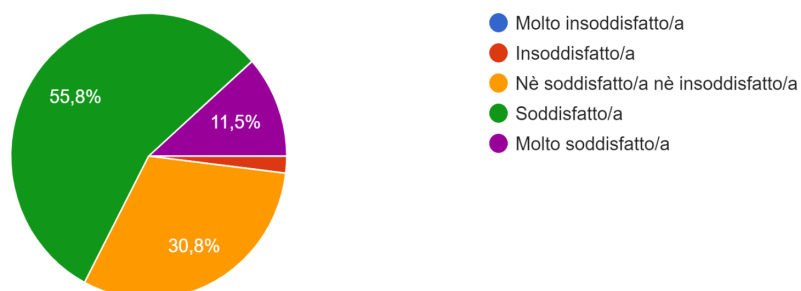
52 risposte



Infine per quanto riguarda le relazioni sociali circa 70% dei soggetti è soddisfatto del rapporto con le altre persone e circa il 60% del sostegno che ricevono da parte degli amici.

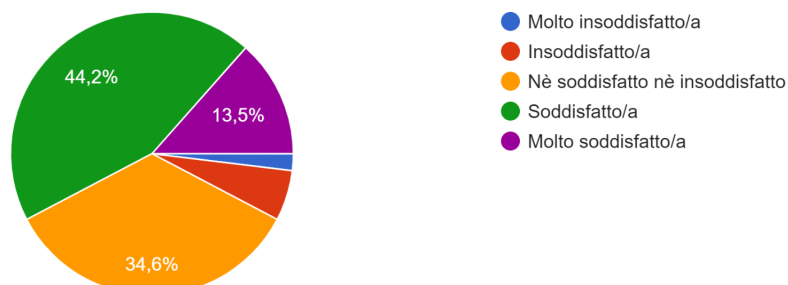
E' soddisfatto/a dei suoi rapporti personali con gli altri?

52 risposte



E' soddisfatto/a del sostegno che riceve dai suoi amici?

52 risposte



CONCLUSIONI

Attualmente lo sport rappresenta nella sua completezza uno strumento multidimensionale e fondamentale sul piano educativo, formativo, emotivo e sociale. Un elemento che unisce l'attività fisica a quella ricreativa, favorendo il benessere sia fisico che psicologico, oltre che essere una fonte di inclusione e integrazione sociale.

Sottoporre il questionario WHOQOL-BREF agli atleti di para-badminton aveva l'obiettivo di provare quanto lo sport, in questo caso uno sport di squadra praticato a livello agonistico, nella vita di un disabile porti ad un miglioramento sia da un punto di vista fisico che psicologico. Dai risultati del questionario si evince, che quasi tutti i soggetti che vi hanno risposto, abbiano riscontrato dei benefici dalla pratica di questo sport.

Perciò, sia per i dati riportati dal mio studio sia per la mia esperienza, vissuta attraverso mio padre, posso concludere dicendo che l'obiettivo prefissato della ricerca è stato raggiunto e che lo sport può essere davvero un ottimo mezzo per raggiungere uno stato di benessere psico-fisico per i disabili.

La pratica di uno sport come il para-badminton, porta gli atleti a partecipare a diverse competizioni nazionali, ma anche europee e mondiali, situazioni che permettono loro di entrare in contatto anche con atleti di diversa nazionalità e cultura, e di confrontarsi con loro. Esperienze come queste segnano la vita di soggetti come mio padre, poichè lo hanno aiutato ad integrarsi nella società, ad avere ancora maggiore stima di se stesso, e, orgoglioso di quello che è riuscito ad ottenere in poco tempo, riesce a portare la sua esperienza ad esempio di tutti, in particolare alle nuove generazioni e a chi si trova a vivere con difficoltà e disagio la propria disabilità.

Spero che il messaggio della mia tesi sia proprio questo: far capire a chiunque viva con una disabilità o qualunque altro disagio, che nella vita, con un po' di forza di volontà, e con le persone giuste al proprio fianco, ci si può rialzare e si possono fare grandi cose. Mio padre è solo un esempio di migliaia di persone che ogni giorno lottano per vivere una vita migliore, e per molte di queste persone lo sport è diventato un mezzo per migliorarsi ed una fonte di vita.

Grazie papà, questa tesi è per te.



Bibliografia e sitografia

Katia Demofonti, “Informativa OMS: attività fisica”, Ministero della salute, Dipartimento della sanità pubblica e dell’innovazione, Direzione generale dei rapporti europei ed internazionali Ufficio III, informativa n. 384, febbraio 2014

Barbara De Mei, Chiara Cadeddu, Paola Luzi, Angela Spinelli, “Movimento sport e salute: l’importanza delle politiche di promozione dell’attività fisica e le ricadute sulla collettività”, Istituto superiore di sanità, Centro Nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute, Segreteria scientifica di presidenza, Rapporti ISTISAN 18/9; 2018: 66/72

Ministero della salute: Daniela Galeone, Maria Teresa Menzano, Fabrizio Anatra; altri enti: Marco Bernardi, Pier Giuseppe Calà, Rossana Ciuffetti, Graziamaria Corbi, Barbara De Mei, Giorgia Galanti, Maurizio Gottin, Giorgio Liguori, Domenico Meleleo, Giorgio Nicolanti, Mauro Ruggeri, Daniela Rossi, Massimo Sacchetti, M. Vittoria Serru, Attilio Turchetta, Maria Zamparella, Teresa Zompetti, “Linee di indirizzo sull’attività fisica per le differenti fasce d’età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione”, Ministero della salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria Ufficio 8; 29 maggio 2017 e successive integrazioni: 48/52

<http://www.badmintonitalia.it>

<http://citta2mari-taranto.clubeo.com>

<http://www.paris2024.org>

<http://www.sportpolis.it>

<http://europeanparachampionships.com>

<http://france-paralympique.fr>

<http://www.treccani.it>

<http://www.socialnews.it>

