

SANTO RULLO

SPORT E DISAGIO PSICO-SOCIALE

Ci sono parole che siamo abituati ad usare con grande frequenza e che spesso con l'uso perdono parte del loro significato specifico. È il caso della parola *disagio* che fa riferimento ad una condizione di scomodità, ma che gradualmente si è estesa a situazioni anomale e patologiche.

“Dis” è il prefisso che si trova, con significato peggiorativo, in molti termini, soprattutto del linguaggio medico, derivati dal greco (come dispnea, distrofia) o formati modernamente (come disfunzione, disartria, ecc.), nei quali indica alterazione, malformazione, difettoso funzionamento, anomalia.

Il disagio è un malessere importante che può condizionare fino a danneggiare la salute fisica e psicologica e a peggiorare la performance sociale delle persone (lavoro, studio, relazioni) e della società nel suo complesso.

In realtà la scomodità dovrebbe essere uno stimolo al cambiamento di una posizione o di una situazione, piuttosto che un accomodamento mal riuscito che cerca di imporre una sua parziale funzionalità. La scomodità può diventare, con l'andare del tempo, *dis-adattamento* (che pur sempre è una forma di adattamento) ed infine *dis-turbo* (un cambiamento disarmonico che finisce per recare un danno che turba il nostro equilibrio). Tutte queste condizioni peggiorative possono determinare una perdita di alcune abilità più o meno indispensabili: il cambiamento peggiorativo delle abilità è quindi definibile come disabilità.

In particolare, “disabilità psico-sociale” è il termine utilizzato per descrivere le disabilità che potrebbero insorgere da problemi di salute mentale. Sebbene non tutti coloro che hanno un problema di salute mentale vivano una disabilità psico-sociale, quelli che lo fanno possono subire effetti gravi e svantaggi sociali. Inoltre, quale che sia il grado di disabilità, questo potrebbe molto probabilmen-

te risultare temporaneo e reversibile, mutevole nella possibilità di condizionare la vita della persona, confondersi con alcuni dei sintomi stessi del disturbo.

Perché questa noiosa premessa terminologica? Perché il tema che andrò ad affrontare si presta a fraintendimenti legati ai pregiudizi che spesso accompagnano i disturbi psichici, le problematiche di salute mentale e le relative modalità di trattamento. È infatti ambito assai ampio quello che comprende il disagio psichico, i disturbi mentali e la disabilità connessa alle problematiche di salute mentale e ci costringe a fare maggiore chiarezza e a definire il campo di possibile intervento.

1. I numeri del disagio psico-sociale

Una nuova definizione di salute del 2011, che modifica quella storica del 1948 dell'Organizzazione Mondiale della Salute, descrive la salute come “la capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alla sfide sociali, fisiche ed emotive”¹, ponendo l'accento sulla capacità della persona di convivere con gli stati morbosi nelle diverse fasi. La persona attraverso lo sviluppo di risorse interne e la valorizzazione dei fattori di protezione potrà affrontare con successo anche condizioni di malattia e disabilità.

La salute non è più quindi intesa come assenza di malattia o presenza di un completo benessere psicofisico², ma come uno stato dinamico, contraddistinto da dimensioni e indicatori misurabili. In questa rinnovata ottica, purtroppo resa ancor più adatta a comprendere situazioni complesse come la crisi economica del 2006-2010 e come la recente pandemia da COVID-19, gli interventi di tutela della salute, quelli di prevenzione, gli interventi clinici e quelli riabilitativi devono essere condotti in maniera integrata ed equilibrata per avere efficacia e sostenibilità.

1 Cfr. M. Huber, J. A. Knottnerus, L. Green, H. Horst, A. R. Jadad, D. Kromhout *et al.*, *How Should We Define Health?*, in “British Medical Journal”, 2011, 343, d416.

2 World Health Organization, *Mental Health: a State of Well-Being*, 2014; disponibile online all'indirizzo: https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/.

Ancor più complesso è il discorso sulle condizioni psichiche e mentali che attengono alla psicologia clinica ed alla psichiatria e che giacciono su un “continuum”, spesso anche non lineare, di aspetti funzionali intersecati fra loro, che rendono la persona sofferente non etichettabile ed il suo disturbo suscettibile di cambiamenti di inquadramento nosografico legati ai mutamenti sociali e culturali.

Nel passato più remoto il peso della malattia mentale, indifferenziata, incurabile, misteriosa ha creato quel limite invalicabile tra la persona sana e quella folle che ha via via escluso quest’ultima dal diritto a una vita normale, fino alla segregazione nel manicomio. Lo sviluppo delle conoscenze scientifiche, tanto nel campo della psicologia tanto in quello della neurobiologia e la sintesi dei primi farmaci psicotropi, hanno portato alla chiusura delle istituzioni totali ed alla considerazione delle malattie mentali al pari di ogni altra condizione morbosa. Molti problemi di salute mentale sono condizioni multifattoriali in cui elementi funzionali di natura biologica, fattori ambientali e condizioni socio-relazionali giocano un ruolo nella genesi e nel mantenimento dei problemi stessi.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità asserisce da tempo che circa un quinto della popolazione mondiale soffrirà di un problema di salute mentale nel corso della propria esistenza. Si tratta per lo più di disturbi funzionali legati alla difficoltà di adattamento a diverse condizioni (Disturbi dell’adattamento e post-traumatici) che si manifestano con ansia, depressione e dissociazione. A queste condizioni di vulnerabilità più comuni (15% della popolazione generale) si aggiungono la depressione grave, il disturbo bipolare, la schizofrenia e le altre malattie mentali severe (5% della popolazione generale) che riducono la speranza di vita in media di circa 20 anni. Il disturbo più comune, la depressione, è dal 2020 la prima causa di disabilità nel mondo tra tutte le malattie.

Recentemente il nostro Paese, colpito dalla pandemia, ha accentuato un disagio psicosociale diffuso: stress/ansia (42%), disturbi del sonno (24%), irritabilità (22%), tristezza e umore depresso (18%), problemi relazionali (13%), problemi alimentari (10%)³.

3 Cfr. Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, *Il Contributo della Professione Psicologica al superamento dell'emergenza Covid e alla ripresa*, documento approvato il 24.04.20, disponibile in PDF all'indirizzo <https://www.psy.it>. Lo studio è stato condotto dall'Istituto Piepoli per conto del CNOP.

L'abbattimento dello stigma nei riguardi dei disturbi psichici non ha però seguito con la stessa velocità gli sviluppi epidemiologici e quelli della scienza, continuando a sostenere pregiudizi che condizionano tanto il trattamento delle patologie più severe quanto la cultura della promozione della salute mentale e dei fattori di protezione nella popolazione generale.

Occorrono risposte nuove e diffuse per impedire che il problema psicosociale divenga un problema sanitario in senso stretto e ricada su un tessuto sociale ed economico già al limite. La risposta non può essere esclusivamente medica o farmacologica perché non si tratta solo di curare disturbi clinici, ma di intercettare forme di malessere rispetto alle quali le strategie più efficaci e accreditate sono quelle psicologiche e sociali, sia per la prevenzione diffusa e la promozione della resilienza, che per l'intervento. E spesso le risposte innovative a richieste inevase o inesprese possono in realtà essere la riedizione o il riadattamento di risposte vecchie. Da qui nasce la mia vecchia proposta innovativa: lo sport come strumento di prevenzione, trattamento e riabilitazione dei disturbi psichici e delle disabilità psicosociali.

2. Lo sport come terapia

Inizio dal calcio per la popolarità, la diffusione e la dimensione sociale che questo sport ha assunto nell'ultimo secolo. Il calcio viene spesso preso ad esempio simbolico anche come metafora della vita: le sue regole, i suoi valori, i suoi obiettivi, le tattiche, le strategie e in particolare il fuorigioco. Quando un calciatore è in "fuorigioco" rimane tagliato fuori dall'azione, non può essere utile perché la squadra deve funzionare senza di lui, non può ricevere un passaggio perché si trova isolato o troppo lontano, spesso non sa nemmeno di essere in fuorigioco finché un guardialinee non alza la bandierina ed il gioco si ferma. Così è anche quella dimensione esistenziale che accompagna quasi tutti i disturbi mentali: la depressione. Una persona si trova isolata, non riesce ad essere inserita nel sistema sociale e produttivo, non riesce a comunicare in modo efficace, spesso non conosce il motivo per cui gli altri non la includono, non le passano la palla.

La regola del fuorigioco è una potente rappresentazione di una regola sociologica per cui solo chi è in comunicazione con il siste-

ma può essere utile e viene riconosciuto e stimolato dagli altri. Chi non corre abbastanza, non conosce la posizione degli altri e non mantiene una relazione efficace, è tagliato fuori. Non è importante di chi sia la colpa. Se il sistema è troppo veloce nel cambiare assetto perché ha una difesa alta e rapida o se la persona stessa è scattata con troppo anticipo o si è procurata una distorsione alla caviglia, chi è in fuorigioco è comunque in fallo. Se continua ad essere in fuorigioco, viene inesorabilmente sostituito.

Anticipare il fuorigioco e rientrare prontamente è indispensabile per essere nel mondo. Molte sono le persone che possono trovarsi in fuorigioco nel corso della vita. Persone che hanno perso il loro ruolo sociale, persone che non riescono ad inserirsi in un mondo sempre più frenetico e richiedente, persone che hanno una malattia fisica o mentale, persone che hanno difficoltà di relazione, tutti possono trovarsi in fuorigioco. E, naturalmente, tutte le persone con disabilità psicosociale sono costantemente in fuorigioco. Tre cose sono importanti: la coscienza di sé, la consapevolezza della difficoltà e la capacità di recupero.

Abbiamo necessità di conoscere il nostro ruolo, di sapere se stiamo perdendo il contatto con gli altri e di capire come prevenire o uscire dal fuorigioco. Abbiamo bisogno di una valutazione, seppur soggettiva, delle nostre abilità. Dobbiamo confidare nella nostra capacità di non darci per vinti in anticipo e di recuperare il recuperabile. E qui si inserisce la nostra discussione sulla funzione dell'esercizio fisico e dello sport come strumenti di promozione della salute mentale di tutti, di trattamento dei disturbi psichici, di riabilitazione neurocognitiva e psicosociale, di prevenzione terziaria e quaternaria.

Il concetto di *mens sana in corpore sano* di cui parla la X Satira di Giovenale (356 d.C.) – troppo spesso citato, ma troppo spesso anche dimenticato nelle pratiche sanitarie e nella programmazione delle politiche sociali – va declinato anche al “viceversa”. Quasi sempre un corpo a disagio trascina la mente in un disequilibrio psicosomatico nel quale il malfunzionamento di un comparto peggiora il funzionamento dell'altro. Ogni persona che vive l'esperienza di una malattia fisica mette a rischio la propria salute mentale nel vissuto di precarietà e di preoccupazione per la propria integrità. La recente esperienza della pandemia ha peggiorato la salute mentale di tutti, ancora più per le necessarie iniziative

di contrasto alla diffusione del virus che hanno interrotto le relazioni sociali; alcune abitudini protettive legate a stili di vita sani comprendenti l'esercizio fisico, le attività all'aria aperta e le attività ricreative legate ad arte e cultura si sono interrotte per tutti, lasciando spazio ad una vita più sedentaria e povera di stimoli emotivi ed intellettivi. Si è naturalmente accentuato l'isolamento sociale e si sono moltiplicati i sentimenti di solitudine di persone con fattori di vulnerabilità psicosociale preesistente e delle persone affette da disturbi mentali.

Numerosi studi clinici evidenziano come lo sport e l'attività fisica migliorino il benessere fisico e psicologico delle persone con problemi di salute mentale, riducendo lo stigma. Gli interventi volti a migliorare la salute fisica nelle persone con problemi di salute mentale non sono solo importanti in termini di sostegno al recupero psicosociale, ma anche per affrontare le particolari esigenze di salute fisica in una popolazione con vulnerabilità cardiovascolare e dismetabolica legate alla sedentarietà ed alla necessità di assunzione continuativa di farmaci psicoattivi. Osborn, ad esempio, sostiene che, poiché i tassi di morbidità e mortalità sono elevati nelle persone con problemi psichiatrici, i programmi volti a migliorare la salute fisica sono cruciali anche se finora troppo trascurati⁴.

L'apparato locomotore attraverso la contrazione dei muscoli scheletrici, oltre a svolgere il proprio compito biomeccanico, stimola la produzione ed il rilascio di messaggeri extracellulari come le citochine, il BDNF (fattore della crescita neuronale), l'irisina (ormone dello sport), la termogenina e soprattutto la dopamina (neurotrasmettitore che regola i processi cognitivi ed emotivi) influenzando il metabolismo, modificando la loro produzione nei tessuti e negli organi, stimolando i sistemi serotoninergico e dopaminergico in senso antidepressivo. Le linee guida del *National Institute for Health & Clinical Excellence* (NICE) e dell'*American Psychiatric Association* (APA), ad esempio, suggeriscono di utilizzare l'esercizio fisico e l'attività motoria per la gestione dei sintomi depressivi minori, paragonando un'attività costante di 45 minuti per tre giorni alla settimana all'assunzione di un antidepressivo serotoninergico.

4 Cfr. D. P. Osborn, *The Poor Physical Health of People with Mental Illness*, in "Western Journal of Medicine", 2001, vol. 175, n. 5, pp. 329-332.

L'attività motoria permette all'individuo di aumentare la coscienza di sé e dell'altro da sé, consente di dare risposte sempre più adeguate all'ambiente e quindi di agire più "intenzionalmente" favorendo, oltre la maturazione della propria identità, una sempre maggiore autonomia. Ed è proprio dallo stretto legame tra intenzionalità, movimento ed emozione che nasce il concetto di *embodied mind* (mente "incorpata", termine brutto che sta per mente inglobata profondamente nel corpo)⁵, supportato dai più recenti studi delle neuroscienze sui neuroni specchio quale correlato neurobiologico dell'empatia⁶.

Il sistema dei neuroni specchio occupa la corteccia cingolata e quella parietale inferiore e caratteristicamente si "accende" nella interazione tra individui che compiono azioni significative: questo permette alle persone di intuire le intenzioni degli altri e di stabilire una sorta di sintonizzazione che passa per canali non verbali. I neuroni specchio sono motoneuroni che si attivano anche quando l'altro prova emozioni complesse giocando un ruolo fondamentale nel fenomeno dell'empatia, la capacità di sentire le emozioni degli altri. Questa funzione sembra essere variabilmente compromessa o inefficace in diversi disturbi psichici: *il depressso* immerso nei propri pensieri pessimisti, *l'ansioso* alle prese con le proprie sensazioni ipocondriache, *il paranoico* convinto di essere perseguitato e così via. Tutti riducono la loro capacità di rimanere sintonizzati con le emozioni degli altri, derivandone una visione del mondo di relazione modificata nella quale gli altri diventano distanti, colpevoli, disinteressati o pericolosi. Il risultato è spesso l'isolamento sociale. E l'isolamento riduce ancora di più la capacità della persona di inserirsi adeguatamente nelle dinamiche sociali determinandone le conseguenze di disabilità psicosociale.

5 Cfr. F. J. Varela, E. Thompson, E. Rosch, *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*, The MIT Press, Cambridge Massachusetts 1991.

6 Cfr. V. Gallese, P. Migone, N. E. Morris, *La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni per la psicoanalisi*, in "Psicoterapia e Scienze Umane", 2006, 3, pp. 543-580.

3. I valori dello sport

I termini sport, esercizio fisico e attività fisica naturalmente non sono sinonimi e la loro valenza funzionale sui disturbi psichici è quindi differente. L'*attività fisica* è riferita a qualsiasi movimento corporeo prodotto da muscoli scheletrici che si traduce in dispendio energetico. L'*esercizio fisico* è un movimento corporeo pianificato, strutturato e ripetitivo, il cui obiettivo è migliorare o mantenere l'idoneità fisica. Lo *sport* è definito come un sottoinsieme di esercizi che possono essere intrapresi individualmente o come parte di una squadra con regole del gioco e obiettivi definiti.

Per questo l'attività fisica stimola principalmente i meccanismi biochimici del funzionamento mentale mediati da neurotrasmettitori, l'esercizio fisico aggiunge la consapevolezza del proprio corpo, la concentrazione, l'impegno, la tenacia e il sacrificio. Lo sport, poi, integra gli aspetti biologici con quelli relazionali e valoriali. È questo lo spazio dell'etica, ovvero l'insieme di valori ritenuti più adeguati al comportamento morale dell'uomo, inclusi i diritti fondamentali. Spesso l'individuo con disturbo mentale perde i propri diritti a causa di un disinteresse valoriale e morale. Proprio l'analisi dei valori dello sport ci permette di centrare gli elementi più specifici della sua efficacia nei disturbi psichici.

Il *rispetto* è quell'atteggiamento di riguardo che porta a riconoscere i diritti, il decoro, la dignità e la personalità stessa di qualcuno, avversario e compagno. Spesso la persona con un disturbo mentale è centrata su se stessa e sulla propria condizione, perdendo la sintonizzazione empatica con l'altro.

La *collaborazione* è l'agire insieme ad altri per il raggiungimento di un obiettivo comune. La persona con disturbo mentale agisce sovente per la riduzione di ogni rischio che impatti emotivamente, trovandosi ad essere in solitudine, apatica ed evitante.

L'*integrazione* ed il *senso di appartenenza* aggiungono risorse nuove alle proprie per sentirsi partecipi ad un'azione collettiva. L'individualismo fa parte di quella dimensione autarchica o autistica conseguente all'isolamento sociale della persona in difficoltà psicologica.

La *competizione*, che spinge ad accedere a bisogni nuovi considerandoli non indifferenti ma di valore. L'indifferenza spesso si

accompagna all'apatia e all'abulia nel paziente psichiatrico; poter competere in una situazione protetta lo aiuta a riscoprire le proprie risorse congelate nel disturbo.

Lo sport *suscita emozioni* connesse all'esperienza soggettiva di sentirsi in attività con i relativi cambiamenti fisiologici e comportamenti espressivi. Il sovraccarico emotivo è un esito comune a diverse manifestazioni psicopatologiche: l'ansioso che cerca di anticipare gli eventi si sovraccarica; il depresso con la sua ideazione negativa ed ipocondriaca si sovraccarica; nel fenomeno dissociativo il sovraccarico emotivo stacca la mente dalla realtà e la proietta in un mondo parallelo. Il contatto con emozioni del "qui ed ora" permette una riduzione del sovraccarico patologico.

La *disciplina* e la *costanza* migliorano la disposizione personale ad apprendere ed a ripetere costantemente le attività apprese. La persona con problemi di salute mentale, spesso con sentimenti di devitalizzazione, non riesce a perseverare nell'impegno disciplinato per raggiungere i propri obiettivi.

La *motivazione* è l'insieme dei fattori che controllano il comportamento diretto a una meta. Frequentemente la persona con disturbo psichico non riesce a focalizzare propositi definiti, gli sembra che tutto sia privo di un senso. Di fatto nulla nella vita ha un vero senso predeterminato, ma lo acquisisce nel corso dell'esperienza reale... un'azione che motiva, piuttosto che un motivo per agire.

L'*autostima* è quella corretta autovalutazione rispetto a sé, agli altri ed alle situazioni nelle quali ci si trova. Svanisce nei vissuti depressivi e si disgrega nei disturbi dissociativi per problemi di rapporto con la realtà. Lo sport allena l'autostima costringendo la persona a confrontarsi costantemente con i propri limiti per modificarli.

La *lealtà* è un attaccamento al dovere e un rispetto della propria dignità nel mantenimento degli impegni assunti. La difficoltà del paziente psichiatrico di rispettare gli impegni è spesso determinata da mancanza di energie vitali o dalla difficoltà nel dare continuità all'esperienza. Strettamente connesso al valore della lealtà è quello dell'*affidabilità*. Una persona per poter essere affidabile deve essere disponibile a fidarsi del prossimo: i meccanismi di difesa proiettivi, così frequenti nei fenomeni dissociativi delle psicosi, spostano all'esterno l'insicurezza personale determinando sfiducia e sospettosità.

Un ultimo grande valore, che ne ingloba diversi tra quelli già accennati, è la *compliance con le regole*. Il paziente psichiatrico mette in discussione costantemente le regole della vita personale e sociale, per una difficoltà di leggere la realtà e di sintonizzarsi emotivamente con un contesto fatto di diritti e doveri collettivi. Ha difficoltà ad aderire ai limiti imposti dalla propria condizione, siano essi limiti biologici, come la necessità di assumere farmaci, siano essi limiti comportamentali e sociali, come il mantenimento di uno stile di vita sano e protettivo e l'adeguamento alle regole sociali. Lo sport è soprattutto rispetto delle regole, indiscutibili, probabilmente "incorpate" dalla ripetizione del gioco fin da quando si è bambini, rinforzato dalla partecipazione passiva allo spettacolo sportivo dal vivo o in TV. Nel calcio la tecnica di calciare o colpire la palla di testa non viene mai messa in discussione dalla facilità di aiutarsi con la mano, gesto a volte istintivo o consapevolmente falloso. Regole e movimenti attivamente vissuti nella realtà, emotivamente rivissuti nella fantasia, riproposti settimanalmente alla visione passiva possono essere ritrasferiti in contesti di vita differenti dallo sport. Seguire le regole ridiventa fondamentale per partecipare al gioco, nel calcio come nella vita e nella cura di sé e del proprio disturbo.

4. *Lo stato dell'arte*

La letteratura scientifica ha variamente individuato, anche se spesso in maniera aspecifica, la rilevanza dello sport, ed in particolare del calcio, nei programmi di intervento a tutela della salute mentale. La maggior parte degli studi contenenti analisi qualitative ha un alto grado di coerenza del contenuto tematico. Questi temi possono essere raggruppati in elevata autostima/*empowerment*/indipendenza, benessere emotivo/piacere/godimento, esperienze di inclusione/appartenenza/connessione e miglioramento del benessere fisico. Piuttosto che mirare strettamente a un singolo risultato, quasi tutti gli studi riportano impatti significativi sulla salute fisica, psicologica e sociale.

Battaglia e colleghi, tra gli altri, sostengono che, oltre ai benefici fisici dell'esercizio fisico, molte caratteristiche psico-educative e sociali della pratica calcistica sono molto rilevanti per la vita dei partecipanti: "è importante riconoscere gli effetti positivi derivati dalle caratteristiche interne delle attività di squadra, come le op-

portunità sociali e motivazionali, quando il calcio è impiegato per tutelare la salute mentale; esempi di questi effetti includono l'avere opportunità di interazione sociale, cooperare con gli altri, rispettare le regole, acquisire altre abilità adatte alla vita di tutti i giorni, condividere esperienze di svago, sperimentare la realizzazione personale, far parte di una squadra e ricevere incoraggiamento da altre persone con lo stesso disturbo"⁷.

Steckley suggerisce che il calcio fornisca una struttura che contribuisce allo sviluppo di valori e comportamenti pro-sociali e può infondere un senso di padronanza e autostima nei partecipanti, stimolando il funzionamento cognitivo nei partecipanti⁸. L'attivazione di aree cerebrali legate al movimento, alla percezione e alla coordinazione durante l'esercizio fisico riduce i livelli di attivazione nelle aree frontali legate all'elaborazione cognitiva⁹.

A dimostrazione di ciò risulta come i bambini che partecipano costantemente ad allenamenti di calcio migliorino l'organizzazione spaziale e presentino una maggiore agilità, una più adeguata memoria di lavoro visuo-spaziale¹⁰, un aumento dell'attenzione, della capacità di pianificazione e inibizione¹¹; questo fa pensare che il calcio possa svolgere una funzione preventiva o di intervento precoce sui cosiddetti *soft signs* neurologici della schizofrenia¹². Que-

7 Cfr. G. Battaglia, M. Alesi, M. Inguglia, M. Roccella, G. Caramazza, M. Bellafiore, A. Palma, *Soccer Practice as an Add-On Treatment in the Management of Individuals with a Diagnosis of Schizophrenia*, in "Neuropsychiatric Disease and Treatment", 2013, vol. 9, pp. 595-603.

8 Cfr. L. Steckley, *Just a game? The therapeutic potential of football*, in D. Crimmens, I. Milligan (a cura di), *Facing Forward: Residential Child Care in The 21st Century*, Russell House Publishing, 2005, pp. 137-147.

9 Cfr. P. Krstrup, J. J. Nielsen, B. R. Krstrup, J. F. Christensen, H. Pedersen, M. B. Randers, P. Aagaard, A.-M. Petersen, L. Nybo, J. Bangsbo, *Recreational Football is an Effective Health Promotion Activity for Untrained men*, in "British Journal of Sports Medicine", 2009, vol. 43, n. S1, pp. 825-831.

10 Cfr. M. Alesi, A. Bianco, J. Padulo, G. Luppina, M. Petrucci, A. Paoli, A. Palma, A. Pepi, *Motor and Cognitive Growth Following a Football Training Program*, in "Frontiers in Psychology", 2015, vol. 6, pp. 1-7.

11 Cfr. D. Kimhy et al., *Aerobic Exercise for Cognitive Deficits in Schizophrenia – The Impact of Frequency, Duration, and Fidelity with Target Training Intensity*, in "Schizophrenia Research", 2016, 172, pp. 213-215.

12 Cfr. J. Firth et al., *Aerobic Exercise Improves Cognitive Functioning in People With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis*, in "Schizophrenia bulletin", 2017, 43, 3, pp. 546-556.

sti segni possono essere considerati dei prodromi dell'esordio psicopatologico ed un approccio di *empowerment* di alcuni elementi funzionali in età evolutiva potrebbe bloccare o rallentare il processo morboso proprio nel periodo di sviluppo di quei processi mentali alla base dell'identità, dell'affettività e della relazionalità.

Darongkamas e colleghi introducono il concetto di inclusione percepita, elemento fondamentale dell'effetto degli interventi calcistici sul benessere mentale: "i benefici per la salute mentale dei partecipanti e la vita sociale e familiare sono mediati dall'incontro con altre persone in una situazione simile, in un contesto universalmente conosciuto. Questo può avere l'effetto di accrescere il senso di appartenenza, di comunità e di accoglienza, che sono i principi base dell'inclusione sociale"¹³. Principi raccolti nel famoso canto dei tifosi del Liverpool *You'll never walk alone* (Non camminerai mai da solo) riportati nello studio nel nord-ovest dell'Inghilterra che esplora la capacità del calcio di unificare le persone "in atti di solidarietà"¹⁴. Il potere del calcio di riunire persone provenienti da contesti diversi: "lo rende un vero gioco per tutti, indipendentemente dal sesso, dall'età, dall'etnia, dal credo religioso, dalla disabilità, dallo stato socio-economico o di salute"¹⁵. Per questo motivo adolescenti e giovani adulti, una fascia demografica spesso considerata "difficile da raggiungere" nel contesto degli interventi di salute mentale, possono accettare più agevolmente programmi di intervento che includano il calcio. Un recente progetto cofinanziato dal programma *Erasmus Plus Sport* della Commissione Europea ha raccolto oltre 100 lavori bibliografici rilevanti con l'obiettivo di formulare una serie di linee guida attuabili per ottimizzare l'efficacia dei programmi che si basano sullo sport e l'esercizio fisico come strumenti terapeutici nella salute mentale. Sono stati elaborati seguendo una procedu-

-
- 13 J. Darongkamas, H. Scott, E. Taylor, *Kick-Starting Men's Mental Health: an Evaluation of the Effect of Playing Football on Mental Health Service Users' Well-Being*, in "International Journal of Mental Health Promotion", 2011, vol. 13, n. 3, p. 20.
 - 14 Cfr. M. McKeown, A. Roy, H. Spandler, "You'll Never Walk Alone": *Supportive Social Relations in a Football and Mental Health Project*, in "International Journal of Mental Health Nursing", 2015, vol. 24, n. 4, pp. 360-369.
 - 15 Cfr. D. Parnell, D. Richardson, *Introduzione*, in "Soccer & Society", 2014, vol. 15, n. 6, pp. 823-827.

ra di sintesi delle prove della letteratura scientifica e conducendo un'indagine sulle attuali pratiche di sport ed esercizio fisico per la riabilitazione psichiatrica in varie istituzioni europee.

Poiché diverse istituzioni sanitarie o sportive si trovano ad affrontare circostanze diverse cliniche o contestuali che influiscono sulla loro pratica, come il *setting* di trattamento, il tipo di sport, gli obiettivi di fitness, le condizioni meteorologiche, le risorse finanziarie o l'ambiente circostante, ogni istituzione può adattare queste linee guida alle loro condizioni particolari. A seconda delle circostanze, un programma terapeutico dovrebbe adottare il maggior numero possibile di queste raccomandazioni e adattare ai propri protocolli di formazione.

#	Linee Guida SPHERE
1	Il programma di attività fisica e sportiva deve stimolare un miglioramento clinico, psicologico e sociale. <i>Ad esempio: gestione clinica dei sintomi; benessere psicologico migliorato; interazione sociale e sicurezza sociale migliorate.</i> <i>Ove opportuno, si raccomanda la prescrizione e il follow-up di un medico.</i>
2	Il programma è progettato per sviluppare e migliorare le abilità, facilitando la stimolazione cognitiva attraverso il processo di apprendimento. <i>Ad esempio: migliore concentrazione, coordinazione, memorizzazione, uso delle attrezzature e strategia di gioco.</i>
3	Le attività sono supervisionate da un istruttore / allenatore, che dovrebbe fornire guida tecnica, motivazione e supporto. <i>Gli istruttori dovrebbero adattare il programma in base alle esigenze individuali, sessione per sessione.</i>
4	Il programma dovrebbe prevedere la definizione di obiettivi personalizzati per i partecipanti, per supportare il miglioramento e lo sviluppo graduale. <i>Ad esempio: obiettivi incentrati sul miglioramento delle competenze, la presenza, la partecipazione, l'interazione con gli altri, il lavoro di squadra.</i>
5	L'apprendimento dei partecipanti, la progressione dello sviluppo e l'esperienza personale vengono revisionati attraverso discussioni e feedback regolari. <i>Ad esempio: sessioni plenarie e feedback settimanali o giornalieri insieme all'allenamento.</i>
6	Il programma promuove attività di squadra con una dimensione ottimale del gruppo tra 5 e 15 persone per 1 istruttore. <i>Gli istruttori dovrebbero adattare la dimensione del gruppo a seconda delle circostanze (ad es. abilità del gruppo, livelli di concentrazione, forma fisica).</i>

7	Dovrebbe essere assicurato del tempo per l'interazione sociale durante e/o dopo le sessioni, mentre gli istruttori dovrebbero facilitare sia il supporto tra pari che un senso di divertimento durante il programma. <i>Quando si lavora in gruppo, gli istruttori dovrebbero mirare a sviluppare l'integrazione sociale e la fiducia sociale dei partecipanti.</i>
8	Il programma ha una durata minima di 3 settimane e, in maniera ottimale, una durata di 8 settimane o più. <i>Se 3 settimane (o più) non sono possibili, si consiglia un numero maggiore di sessioni a settimana.</i>
9	Le sessioni sono progettate per includere tra 30 minuti e fino a 2 ore di attività. <i>La durata dovrebbe dipendere dalle circostanze del singolo partecipante (ad es. abilità, livello di forma fisica, livelli di concentrazione e disponibilità) e la natura dell'attività (ad esempio livelli di intensità, periodi di riposo durante l'attività, complessità).</i>
10	Le sessioni idealmente si svolgono almeno tre volte a settimana. <i>Se 3 volte a settimana non è possibile, i programmi dovrebbero mirare a 1 o 2 volte a settimana, incoraggiando allo stesso tempo la pratica di attività in autonomia.</i>
11	Le attività si svolgono in modo ottimale prima di mezzogiorno.
12	Le sessioni idealmente terminano almeno 2 ore prima che i partecipanti vadano a dormire.
13	Il programma si svolge in un ambiente sicuro e inclusivo in cui le persone si sentono fisicamente, psicologicamente e socialmente a proprio agio.
14	Il programma dovrebbe idealmente cercare di includere attività all'aria aperta e in ambienti naturali.
15	L'intensità delle attività dovrebbe mirare preferibilmente a un livello moderato. <i>La capacità dei partecipanti deve essere sempre considerata e avere priorità. Quando un'attività moderata non è possibile, si consiglia una bassa intensità. L'esercizio ad alta intensità deve essere utilizzato solo con cautela, se opportuno, con un'appropriata supervisione e seguito da personale adeguatamente formato.</i>
16	La partecipazione al programma è volontaria. <i>Il formatore e l'operatore sanitario dovrebbero motivare la persona in difficoltà, spiegando l'efficacia dell'intervento.</i>
17	La partecipazione al programma e il coinvolgimento sono flessibili per adattarsi alle esigenze attuali dei partecipanti.
18	Prima di intraprendere il programma, i partecipanti vengono informati in merito allo stesso, viene richiesto il consenso e, idealmente, i partecipanti sono coinvolti nella scelta dell'attività. Ad esempio, durante un colloquio personale, sessioni informative o opuscoli/volantini.

	Il programma promuove l'impegno continuo nell'attività fisica anche oltre la durata del programma.
19	Durante tutto il programma, gli istruttori dovrebbero fornire ai partecipanti supporto, guida e informazioni sulle opportunità per un impegno continuo nell'attività fisica.

Le linee guida enfatizzano un approccio centrato sulla persona in cui il paziente svolge un ruolo proattivo nel proprio recupero, diventando un partecipante attivo nel processo, aiutato dal formatore e dalla comunità. Oltre a contribuire a stabilizzare l'umore e regolare i processi biochimici del corpo, lo sport e l'attività fisica possono fungere da strumento per le persone con problemi di salute mentale per arricchire l'esperienza personale, sviluppare nuove percezioni di sé, svolgere attività significative e divertenti, migliorare la loro cognizione sociale e operativa, ed elaborare nuovi significati nella vita personale. Ciò è facilitato dal fatto che i partecipanti lavorano per raggiungere obiettivi fissati individualmente con i loro formatori/allenatori/istruttori sportivi nelle sessioni di allenamento e attività fisica. Tali sviluppi psicologici più profondi sono importanti anche per prevenire la dipendenza da esercizio fisico. Per questi motivi, viene data grande importanza nel mantenere un feedback e un dialogo regolari e costanti con i partecipanti, in cui le persone possono condividere la propria esperienza di allenamento personale mentre formatori/allenatori/istruttori sportivi contribuiscono a creare un ambiente favorevole all'integrazione con gli altri e al raggiungimento degli obiettivi. Si raccomanda pertanto che la definizione degli obiettivi, la revisione degli stessi e il feedback regolare siano utilizzati nei programmi sportivi e di attività fisica per garantire che non vengano utilizzati solo come strumento per la regolazione dell'umore, ma anche per promuovere l'arricchimento personale e un maggiore senso di scopo.

5. *Conclusione*

Si può quindi concludere che lo sport è ormai da tempo riconosciuto come uno strumento importante ed efficace nella gestione del disagio psichico e della disabilità psicosociale. È variabilmen-

te utilizzato nella gestione dei pazienti psichiatrici, ma sempre in modo alquanto estemporaneo e legato alla buona volontà ed alla disponibilità degli operatori della salute mentale. D'altro canto, ancora oggi gli interventi complementari dei trattamenti psichiatrici si configurano in prassi molto "varie" e "fluide" nelle diverse applicazioni, che spesso vengono scelte più sulla base dell'interesse specifico degli operatori che della vocazionalità dei pazienti.

L'attività clinica e riabilitativa attraverso lo sport deve essere svolta in maniera metodologicamente strutturata, ripetibile, con scopi ed obiettivi chiari e definiti a priori. Questo vuol dire che non qualsiasi sport è indicato per tutti, ma bisogna privilegiare attività con determinate caratteristiche o per campioni omogenei di disturbo o per macroaree di intervento comuni a più patologie.

Essenziale è anche la definizione di strumenti e criteri di valutazione, che aggiungano al valore osservativo ed informativo, elementi quantitativi e standardizzati riconosciuti dalla comunità scientifica. In queste valutazioni quantitative andrebbe inserito un criterio di raffronto con la terapia farmacologica in corso prima, durante e dopo l'intervento, per sottolineare gli eventuali elementi relativi alla cosiddetta prevenzione quaternaria, che riguarda la riduzione degli effetti da iper-medicalizzazione o di pratiche mediche non strettamente necessarie (ad esempio la riduzione dell'uso di farmaci in situazioni di compenso clinico).

Infine, argomento importante è la formazione degli operatori sanitari alla corretta introduzione dello sport nei programmi sanitari e la formazione dei tecnici dello sport nell'esecuzione di questi specifici programmi. Il modello operativo di équipe multidisciplinare va ampliato ai tecnici dello sport adeguatamente formati ed accreditati. Il sogno di vedere un tecnico dello sport accreditato operare in sinergia con la medicina di base e con i servizi di salute mentale porterebbe finalmente alla realizzazione di quell'evidenza economica secondo la quale 1 euro investito in sport equivale ad un risparmio di 4 euro di interventi medici.