

Sportiva...mente:

lo Sportpertutti per la qualità della vita
delle persone nell'area del disagio mentale

La follia è una condizione umana.
In noi la follia esiste ed è presente come
lo è la ragione.
Il problema è che la società, per dirsi
civile, dovrebbe accettare tanto la ragione
quanto la follia, invece incarica una
scienza, la psichiatria, di tradurre la follia
in malattia allo scopo di eliminarla.”

Franco Basaglia

Lo sport può essere quel setting dove
follia e ragione coesistono, si
mescolano, si abbracciano.
Certo è una sfida grande e, noi che un pò
matti per lo sport lo siamo,
abbiamo deciso di farla nostra...

E' una lunga storia...

Il Progetto

L' Uisp da diversi anni interviene nell'area della salute mentale, ritenendo che l'integrazione delle persone con disagio mentale, disabilità intellettiva, psichica, fisica e/o sensoriale rappresenti un elemento di civiltà che caratterizza la propria mission.

Questo progetto è iniziato con una fase di validazione delle esperienze di quattro città bersaglio **Torino, Modena, Roma, Sassari**, attraverso una griglia di indicatori redatta da un comitato scientifico che ha portato alla definizione delle buone pratiche per la riabilitazione psicosociale dei pazienti. L'efficacia delle attività sportive è stata valutata attraverso schede di rilevazione all'inizio e alla fine dell'intervento, per stabilire il loro impatto sia sul piano del recupero di una serie di abilità che sulla capacità di gestione autonoma della vita.

I risultati di questa fase hanno concorso a definire un modello metodologico che è stato proposto per la sperimentazione ad altre dieci città: **Milano** in collaborazione con **Como**; **Palermo** in collaborazione con **Enna e Ragusa**; **Taranto** in collaborazione con **Lecce e Brindisi**; **Firenze e Genova**, sempre con il monitoraggio attraverso schede valutative.

Tutto il processo è stato attuato in stretta collaborazione con i CSM, i DSM e le ASL.

Le testimonianze e i racconti dei protagonisti, insieme ai risultati delle diverse fasi e ai contributi del comitato scientifico, sono raccolti in una guida metodologica per la diffusione e riproducibilità dell'esperienza.

Fase di validazione			
CITTA'	N° PAZIENTI TOTALI	N° PAZIENTI VALUTAZIONE	ATTIVITA' PROPOSTE
MODENA	80	10	Pallavolo, calcetto, nuoto
ROMA	112	16	Pallavolo, calcio, beach volley
SASSARI	50	12	Nuoto, calcio, basket, escursionismo
TORINO	350	40	Calcio
TOTALE	592	78	

Fase di sperimentazione			
CITTA'	N° PAZIENTI TOTALI	N° PAZIENTI VALUTAZIONE	ATTIVITA' PROPOSTE
TARANTO	48	30	Calcio a 5
MILANO/COMO	100	60	Calcio, nuoto, ginnastica
FIRENZE	100	31	Calcio, pallanuoto, pattinaggio
PALERMO/ENNA /RAGUSA	80	35	Calcio
GENOVA	100	65	Att. Motoria di base, judo, pallanuoto, nuoto, basket ginnastica, pallavolo, atletica leggera
TOTALE	428	221	

*Quando calcio e disagio si incontrano su un terreno comune, si confondono e inizia la magia. In campo, in calzoncini e maglietta, si è tutti giocatori: i pazienti non si distinguono più dai medici e dagli infermieri e ogni pregiudizio viene meno. Tutti rincorrono la stessa palla, lo stesso scopo, inseguono lo stesso sogno, una vittoria sul campo.... un diritto: il diritto alla "normalità" e alla pratica sportiva, **nessuno escluso....***

Simone Pacciani, presidente nazionale Lega calcio Uisp

Da **"Matti per il calcio" ...**

La lega calcio Uisp ha sempre voluto qualificare la propria attività nell'ottica dello sportpertutti, su assi valoriali indiscutibili, promuovendo una cultura del calcio intesa come gioco, relazione, inclusione, socialità.

Non sono affermazioni di principio, ma le basi su cui abbiamo costruito proposte di attività per tutti i cittadini. Proprio per tutti? Certo, e così quattro anni fa, l'impegno dell'associazione e dei dirigenti della lega nell'ascoltare e rispondere ai bisogni di benessere e di inclusione delle persone con disagio mentale si è tradotto in un'idea e una scelta programmatica: raccogliere e mettere in rete alcune esperienze pilota già presenti in vari territori, ma tra loro scollegate, e dare vita a *"Matti per il calcio"*, la rassegna di calcio a sette dedicata ai pazienti, ai medici, e agli infermieri provenienti dai dipartimenti e dai centri di salute mentale di tutta Italia.

Già il nome esprime l'obiettivo di fondo, il voler includere nel mondo dei "matti per il calcio" anche le persone che vivono un disagio e una malattia mentale, per contrastare alcuni luoghi comuni sulle diversità: la rassegna è un modo semplice ma impegnativo per mettere insieme il problema e una possibile soluzione: il gioco del calcio inteso come strumento individuale e di gruppo per promuovere il benessere psicofisico e la qualità della vita dei pazienti.

Non si tratta di una rassegna come tante altre, ma di un'occasione per calciare una palla e segnare due goal: uno in porta, l'altro nella vita contro la malattia. Con *"Matti per il calcio"* l'Uisp consegna il pallone direttamente a loro, ai ragazzi con disagio mentale, nella convinzione che lo sportpertutti possa giocare una sua partita su questo terreno e ottenere qualche buon risultato.

Lavorando con grande attenzione alle esigenze e alle necessità di tutti gli attori in campo, siamo partiti dalla consapevolezza che fare un'attività sportiva disegnata sulla persona può dare un contributo al suo benessere e alla sua salute. In particolare, attraverso il gioco del calcio, uno sport di squadra dal valore socializzante, i pazienti apprendono regole e responsabilità, imparano a gestire i vari momenti della giornata, a curare la propria persona, a mettersi in gioco, a rapportarsi con gli altri nel rispetto di ogni ruolo.

Non è un calcio "diverso", adattato, prevede la preparazione, gli allenamenti, gli schemi di gioco, le partite, la vittoria e la sconfitta: ma è sport per tutti, e quindi orientato alla persona e non alla prestazione, alla promozione del soggetto e non alla pratica disciplinare.

In questi anni abbiamo imparato a tener conto con sempre maggior attenzione delle caratteristiche degli utenti, per evitare il rischio di escluderli invece di includerli, ci siamo preoccupati di evitare l'eccesso di agonismo limitandolo con regole che prevedono l'impossibilità di mettere in campo un numero di operatori superiore a due per ogni squadra.

Nei campionati con i CSM e i DSM, che si svolgono in tutta Italia da settembre a giugno, abbiamo curato la formazione e l'aggiornamento dei nostri tecnici, operatori, arbitri, per dare loro maggiori strumenti di consapevolezza e di conoscenza del ruolo anche sociale che interpretano. E nell'edizione 2010 di *"Matti per il calcio"* ha fatto il suo debutto in campo come arbitro, fischietto e cartellini alla mano, un utente di un centro di salute mentale.

La rassegna di Montalto di Castro ha incontrato fin dall'inizio un notevole successo: di anno in anno aumentano le adesioni, cresce il numero delle squadre provenienti da diverse regioni, si allarga la rete: segno evidente che le persone coinvolte, utenti, medici e operatori, ne riconoscono il valore.

Anche l'attenzione che i media hanno dato alla nostra proposta ci ha aiutato, per rompere l'isolamento che la malattia crea, per allargare la consapevolezza nell'opinione pubblica del ruolo di questa azione sociale.

Abbiamo fatto tanta strada e siamo seriamente intenzionati a proseguire in questo cammino affinando sempre più le proposte di attività, e nell'impresa abbiamo un altro compagno di viaggio

...a Sportiva...mente

Rispetto a *"Matti per il calcio"*, *"Sportiva...mente"* può essere considerato un passo avanti, un allargamento di campo, è la quadratura del lavoro fatto in questi anni, la certificazione delle nostre sensazioni e delle nostre esperienze.

Ogni tanto ci siamo sentiti soli nel nostro impegno, o meglio non riuscivamo a valorizzare compiutamente la nostra proposta nei confronti delle istituzioni, per costruire con loro un tavolo di progettazione comune che definisse la funzione delle buone pratiche sportive all'interno di una strategia complessiva nei confronti del disagio e della malattia mentale.

Con *"Sportiva...mente"* abbiamo avuto la possibilità di fare questo salto di qualità, di dimostrare, anche attraverso un processo di validazione e valutazione sul piano scientifico, la valenza dello sport per tutti nei percorsi di riabilitazione socio-terapeutica.

Monitorare gli interventi e analizzare il loro impatto è il tassello che mancava, è quello che qualifica il lavoro svolto dall' Uisp e dalla lega calcio fino ad oggi, che può allargare la proposta a livello nazionale e renderla replicabile. Rappresenta inoltre lo strumento con il quale presentarsi e accreditarsi presso quei soggetti istituzionali (ASL, CSM, DSM, comunità, cooperative sociali, società sportive) che lavorano nel campo della salute mentale, affinché accolgano sempre più la nostra idea di sport come parte integrante nella cura del paziente. Favorisce il confronto e lo scambio di competenze e di esperienze, ci consolida nel ruolo di partner nella definizione di strategie di inclusione sociale, mette in rete e a sistema le esperienze locali.

In tutte le città partecipanti, sia nella fase di gemmazione che in quella di sperimentazione, il nostro calcio è stato una delle attività predominanti, e pensiamo che la testimonianza migliore di cosa rappresenti questa buona pratica per tutti i soggetti coinvolti, a cominciare dagli utenti, sia rappresentata dai loro racconti che trovate in questa guida metodologica.

In questi anni di lavoro avevamo già acquisito sul campo la consapevolezza del valore e dell'impatto della nostra azione; con questa sperimentazione, che ha coinvolto soggetti scientifici come valutatori esterni, abbiamo avuto modo di avere un feed back oggettivo sugli obiettivi che ci eravamo prefissi e sui risultati raggiunti.

Questo permetterà anche alla lega calcio di affinare e tarare le proprie proposte di attività ed eventualmente di rimettersi in gioco modificandole per venire incontro alle esigenze individuali e complessive che abbiamo raccolto durante il progetto.

Adesso possiamo allargare gli orizzonti e il campo del nostro intervento, coinvolgere altre città, nuovi interlocutori istituzionali che non avremmo potuto raggiungere solo con la rassegna di "*Matti per il calcio*", lavorare alla stesura di protocolli d'intesa con le ASL, i CSM e i DSM: indubbiamente aumentano le nostre responsabilità, ma è una sfida che accogliamo anche con grande orgoglio.

Un altro elemento positivo di "*Sportiva...mente*" è rappresentato dall'inserimento di altre pratiche sportive: lo scambio e la contaminazione fra diverse attività sono stati elementi di forza di questa sperimentazione e lo saranno sempre di più in prospettiva, perché costituiscono un arricchimento per tutti gli attori in campo e un modo per scoprire e sperimentare nuove metodologie di intervento.

Le persone a cui rivolgiamo la nostra proposta devono potersi mettere in gioco riscoprendo diverse abilità, in più attività, l'importante è offrire loro opportunità di fare sport, di socializzare, di essere inclusi, di recuperare un benessere e migliorare la propria vita.

All'edizione 2011 di "*Matti per il calcio*" partecipano anche alcune squadre che sono diretta espressione di "*Sportiva...mente*", segno della continuità e degli intrecci che siamo riusciti a costruire; adesso abbiamo il compito di offrire uno spazio sempre più ampio e un futuro a quanto abbiamo realizzato finora, e la lega calcio intende essere in prima linea in questo impegno.

Le buone pratiche Uisp e la loro valutazione

Sport e salute mentale...è un binomio noto sia nel campo delle attività motorie e sportive che della psichiatria. Quindi: cosa c'è di nuovo? Verrebbe da dire proprio niente. Invece noi, matti per lo sport per tutti, pensiamo che questo movimento debba e possa dare un contributo molto più energico alla ricerca scientifica e alla ridefinizione di protocolli per la riabilitazione di persone colpite da malattie psichiatriche.

Il progetto "*Sportiva...mente*", che non intende essere né di spiccata originalità né esemplare, è uno sforzo compiuto dall'Uisp in questa direzione.

Questa guida metodologica vorrebbe suggerire al lettore alcuni elementi utili per approfondire un'esperienza e riprodurla secondo criteri omogenei che rendano quindi confrontabili i risultati raggiunti. La guida è anche un prodotto che qualifica il lavoro svolto e consolida alcune ipotesi sia sul piano operativo che su quello scientifico.

Basaglia ci ha insegnato che "visto da vicino nessuno è normale". Faccio riferimento a Franco Basaglia, non solo perché il progetto nasce nell'anno in cui si ricordavano i trenta anni della Legge 180/78, ma anche perché molti operatori sportivi non hanno mai avuto modo di conoscere il pensiero rivoluzionario di questo pioniere della psichiatria contemporanea. A noi dell'Uisp i rivoluzionari piacciono sempre in modo speciale: hanno quella carica di innovazione e cambiamento che riproduciamo nelle tante proposte sportive oltre le frontiere dello sport istituzionale; suscitano allo stesso tempo curiosità e grandi ideali e ci aiutano a dare contenuti alle nostre idee.

Franco Basaglia è stato un precursore di tante nostre ipotesi di lavoro che oggi ci impegnano...."*Matti per il calcio*" lo avrebbe entusiasmato, ne avrebbe fatto parte in qualche modo. E proprio perché nessuno di noi visto da vicino è normale, avviciniamoci un po' tutti e proviamo a fare una grande esperienza di normalità nell'anormalità.

Il progetto, tanto per evitare troppa poesia, è stato rivolto ai "matti": persone tutte afferenti all'area della "salute mentale" ovvero a quelle strutture più o meno organizzate e territoriali delle ASL del nostro Paese che si occupano della cura delle malattie psichiatriche. Quindi le persone coinvolte nel progetto sono in prevalenza prese in carico

dal SSN ed hanno in essere patologie psichiatriche di natura e gravità differenti. Li chiamiamo malati, ipotizzando che per loro esistano concrete opportunità di cura e possibilità di superamento della malattia, ma molto spesso sappiamo o ci accorgiamo che non sarà proprio così. E allora dobbiamo interiorizzare la tesi di Basaglia su follia e ragione come aspetto della quotidianità di ciascuno.

La novità del nostro lavoro consiste proprio nell'indagare se e come lo sport per tutti concorre a far convivere in ogni individuo e nella comunità, follia e ragione, senza piegare nulla e nessuno alle esigenze dell'una e dell'altra. E' una scelta culturale questa, che ci aiuta a decidere chi e cosa vogliamo essere.

L' Uisp da anni si misura sul terreno dell'inclusione e della riabilitazione di pazienti psichiatrici. Lo fa seguendo almeno due strade parallele. Una è verso l'associazionismo: qualsiasi individuo può essere socio dell' Uisp; può andare presso un circolo, una società sportiva o polisportiva, presso un comitato dell'organizzazione e chiedere di essere associato; è solo dopo questa fase di avvicinamento che potrebbero emergere esigenze di approfondimento dello stato di salute del socio. Il passaggio con i familiari o con un terapeuta favorisce l'inclusione del socio nella società sportiva attraverso la pratica sportiva. Non sempre questo processo è sostenibile o possibile. I fattori di rischio sono molteplici e possono essere a carico della persona o a carico del contesto.

L'altra strada è verso l'Istituzione sanitaria ovvero il centro di salute mentale o di riabilitazione ove l' Uisp viene, in genere, chiamata o accolta per portare un contributo iniziale tecnico e organizzativo, per la promozione e l'organizzazione di attività o eventi sportivi per i pazienti psichiatrici e il personale. Questa strada in tante circostanze ha portato all'erogazione di un servizio e in tante altre alla creazione di associazioni dentro le istituzioni sanitarie o al fianco di esse, per arricchire le proposte per i soci, valorizzare protagonismo e partecipazione, coinvolgere familiari e volontari.

Entrambe le strade si sono dimostrate proficue.

Creare spazi di vera partecipazione ai cittadini, ancorché pazienti psichiatrici, è prima di tutto una questione di civiltà e, tornando al nostro incipit, per l' Uisp deve rappresentare una frontiera dalla quale non arretrare mai. Frontiera perché, pur sapendo che l'approccio rivoluzionario di Basaglia è quanto mai attuale, siamo ben coscienti che la follia resta in e per tutti noi, un elemento di disturbo e di paura, che induce atteggiamenti e azioni non sempre orientati all'inclusione vera. Lo sport aiuta. Lo sport per tutti aiuta, è una chiave per leggere questa contraddizione e superare sia posizioni ideologiche, sia tentazioni salvifiche.

Una chiave di lettura per mettere in fila tutti gli elementi che, in una determinata e del tutto particolare situazione, rendono sostenibile e possibile la coesistenza fra follia e ragione, l'inclusione vera di persone affette da disturbi psichiatrici. Occorrono grande equilibrio e concretezza. Per esempio: non è vero che lo sport è sempre un'occasione di inclusione; non è vero che lo sport per tutti è la risposta a qualsiasi bisogno. Ogni persona è diversa. Ogni malattia psichiatrica è diversa. Se noi ci fermassimo a considerare seriamente questa impostazione, scopriremmo che da ogni diversità o situazione destabilizzante può nascere un nuovo equilibrio che cambia irreversibilmente quello di prima e ci aiuta a crescere. Invece facciamo troppo spesso il contrario e teorizziamo politiche per la salute mentale e non per l'inclusione, tornando indietro di trent'anni.

E' un rischio vivo. Ce lo dicono tutti.

Come tenere la posizione sulla frontiera dell'inclusione? Il progetto "*Sportiva...mente*" è la ricerca di una risposta.

Lo sport e la salute mentale. Abbiamo capito che non c'è una "salute mentale" ma più propriamente ci sono le capacità di un individuo di vivere nella propria comunità, misurandosi sui temi delle autonomie e della qualità della vita e delle relazioni. Ma nello sport? Lo sport per tutti ha quale presupposto la salute della persona nell'accezione indicata. Se tale è la cornice, ogni proposta sportiva deve poter essere accessibile o resa tale a chiunque, senza che agli occhi della comunità siano stravolti gli elementi che connotano la disciplina sportiva. Se di calcio si tratta, calcio deve essere; se di basket si tratta, basket dev' essere...

È altresì essenziale che le regole di ingaggio siano chiare fin dal principio: i correttivi ai regolamenti e alle formule organizzative di un'attività sportiva, nell'ottica di una maggior accessibilità, sono utili e necessari ma è molto pericoloso inventare nuove proposte sportive nel tentativo di standardizzarle per consentire la partecipazione di una qualche categoria di persone. Non ci sembra interessante creare un "calcio diverso" per far giocare i "matti"; molto più rivoluzionario e concreto è sedersi intorno ad un tavolo con tutti coloro che intendono fare un torneo e stabilire in quella sede, collettivamente, le regole di ingaggio per quell'esperienza. Ciò significa sgombrare il campo dalla questione etica e dalle astuzie tattiche. Per capirci: se in campo ci sono giocatori che per condurre una vita serena ed equilibrata devono assumere farmaci fortemente impattanti sulla prestanza fisica, le regole del gioco, in quella situazione, devono tenere presente questo aspetto! Se un fattore di stress è lo squilibrio eccessivo tra due squadre in campo, occorre valutare se sia sostenibile... o se invece vadano stabiliti dei limiti che lo riducano. Eccetera... Certo che per essere una partita di calcio, un evento sportivo, devono esserci tutte le componenti

necessarie: l'agonismo, le fasi preparatorie, l'allenamento, le regole, la vittoria e la sconfitta.... Il fuoriclasse, lo scarso, il titolare, la riserva.

Lo sportper tutti è uno strumento che richiede intelligenza e onestà. Se ben amministrato, produce benessere e favorisce l'inclusione, in ogni contesto. Questa è la nostra tesi. La ricerca l'ha indagata rispetto allo spaccato della psichiatria grazie alla professionalità di alcuni compagni di viaggio.

Presentazione dei risultati

Prima fase: validazione

Il campione della fase pilota era composto da 78 persone con problematiche psichiatriche provenienti da centri di cura pubblici delle province di Modena, Torino, Sassari e Roma.

Il disegno dello studio prevedeva una valutazione dei soggetti prima di implementare l'intervento e a conclusione dopo tre mesi.

L'intervento è consistito nell'applicazione di un programma riabilitativo condiviso basato sull'attività sportiva, in aggiunta alle normali attività terapeutiche e riabilitative utilizzate nella routine.

L'attività sportiva maggiormente utilizzata (circa nell'80% dei casi) è stata il calcio nelle sue varie forme e prevalentemente (per il 65.4% dei soggetti) con la frequenza di una volta a settimana.

Gli esiti dell'intervento, di rilevanza prettamente strumentale in questa fase, sono stati valutati prevalentemente mediante indicatori di abilità sociali e della cura di sé.

In generale si sono osservati miglioramenti altamente significativi anche sotto il profilo statistico ($P < 0.01$) oltre che clinico su tutte le variabili di esito considerate. In particolare *l'autonomia* negli spostamenti, variabile molto importante per il condizionamento sul carico familiare e sul senso di libertà\normalità percepito dal soggetto, è migliorata nel 28.1% dei soggetti, *l'attività sociale*, perlopiù 'scarsa' per il 45% dei soggetti è migliorata globalmente per il 51% di essi. Così la *partecipazione alle attività proposte* migliora nel 42% e un po' meno, nel 24% dei casi, la *puntualità*. Anche la *cura dell'immagine personale* e dell'*abbigliamento* presentano miglioramenti interessanti (rispettivamente del 32.8% e 45.3%), come *l'adeguatezza al contesto* e *il rispetto delle regole* che migliorano nel 31.1% e nel 34.4% dei casi. Analoghi esiti hanno riguardato le *relazioni fra pazienti e operatori* e *fra i pazienti stessi* che sono migliorate nel 28.1 e del 32.8% dei soggetti, e le stesse *competenze sportive*, intese nel complesso delle abilità specifiche e delle capacità psicomotorie necessarie, migliorate nel 46.9% dei soggetti. Un dato molto interessante proviene anche dal peso corporeo che passa da una media di 81.4 Kg prima dell'intervento

a 78.9 dopo con circa 2.5 kg di dimagrimento medio in tre mesi; le persone che hanno beneficiato di questo miglioramento costituiscono il 53% del totale. Non si sono osservati miglioramenti rilevanti nel 54.5% dei *pazienti fumatori* dei quali solo il 4.7% migliora, né in quelli (3.9% del totale) che riferiscono di far *uso di droghe*. Dei 9 soggetti che facevano *abuso di alcol* circa un terzo (3 soggetti) sono migliorati. Tranne un caso (1.6%) nella *relazione paziente-operatore* e nella *partecipazione alle attività*, in nessuna delle variabili di esito considerate si sono osservati peggioramenti.

Seconda fase: sperimentazione

A differenza della prima fase, nella seconda è stato utilizzato, oltre ad un gruppo sperimentale composto da 230 (90.2%) soggetti, anche un piccolo gruppo di controllo composto da 25 (9.8%) soggetti i quali hanno seguito tutti i trattamenti terapeutici e riabilitativi di *routine* tranne l'intervento basato sull'attività sportiva.

L'assegnazione dei soggetti ai gruppi è stato di tipo casuale in modo che i due gruppi fossero il più possibile assimilabili rispetto alle variabili più importanti.

I gruppi non differivano significativamente per diagnosi e sesso, differivano invece per età media ($p < 0.01$) che nel controllo era di 41.2 (8,8) anni e nello sperimentale di 35.1 (10.6).

Complessivamente il campione è composto quindi da 255 persone, 206 (81.1%) maschi e 48 (18.9%) femmine, tutte con problematiche psichiatriche di cui 136 (54.7%) afferenti allo spettro psicotico, 46 (18.5%) a quello ansioso-depressivo, 17 (6.7%) dei disturbi di personalità o dell'alimentazione, 50 (20.1%) dei deficit mentali\autismo\demenza.

Tutti provenienti da centri di cura pubblici di dieci province italiane, e più esattamente, 50 (19.7%) dalle province di Palermo in collaborazione con Enna e Ragusa, 56 (22.0%) da quella di Milano in collaborazione con Como, 30 (11.8%) di Taranto in collaborazione con Brindisi e Lecce, 71 (28.0%) di Genova e 47 (18.5%) di Firenze.

Nelle caratteristiche socio-demografiche, 207 (84.1%) soggetti hanno uno stato civile di celibi\nubili, 24 (9.8%) di coniugati\conviventi e 15 (6.1%) separati\divorziati; 24 (10.5%) hanno un titolo di studio di scuola elementare, 124 (54.3%) di licenza media, 77 (33.8%) di scuola media superiore e 3 (1.3%) laurea.

In merito allo stato abitativo, 19 (7.8%) vivono in casa da soli, 29 (11.8%) con partner o figli, 137 (55.9%) con la famiglia di origine e 60 (24.5%) in una struttura pubblica; 50 (21.2%) lavorano a tempo pieno o parziale, 103 (43.6%) in cerca di occupazione, 20 (8.5%) studenti, 9 (3.8%) casalinghe e 54 (22.9%) pensionati. Le condizioni economiche

familiari sono medio-alte per 67 (28.3%) di loro, modeste 82 (34.6%), con qualche problema 40 (16.9%), con gravi problemi 25 (10.5%), non note per 23 (9.7%).

Le *attività sportive praticate* (ovviamente dal solo gruppo che ha ricevuto l'intervento) sono state calcio\calcetto per il 44.1% dei soggetti, nuoto per il 24.5%, pallavolo per il 2.9%, palestra per il 7.7% e più discipline per il 22.1%. *La frequenza* è stata di una volta a settimana per il 55.9% dei casi, due volte per il 36.4% e tre o più volte per il 7.8%.

Il livello di partecipazione è stato nullo o scarso nel 10.4% dei casi, medio nel 38.2% e intenso nel 51.4%. Il *grado di puntualità* è stato nullo o solo a volte regolare per il 18.2% dei soggetti, quasi sempre regolare per il 26.6% e sempre regolare per il restante 55.2%. Rispetto al periodo precedente, la puntualità si può considerare migliorata per il 20.1% dei casi, peggiorata per il 5.8% e immutata per il 74.1% ($p < 0.01$). Il *rispetto delle regole* è stato nullo o solo a volte corretto per il 17.4%, quasi sempre corretto nel 34.7% e sempre corretto per il 47.9% delle persone. Il 17.3% mostra cambiamenti positivi rispetto al periodo precedente, il 7.2% negativi e il 75.5% rimangono immutati ($p < 0.05$). Per quanto riguarda il *grado di autonomia*, il 4.9% si sposta solo se accompagnato, il 15.3% si sposta preferibilmente accompagnato, il 39.6% solo con mezzi pubblici e il 40.3% anche con mezzi propri. Rispetto al periodo precedente il 68.1% non presenta variazioni, il 15.6% presenta un grado di autonomia diminuito e il 16.3% migliorato ($p = n.s.$).

Il loro *livello di attività sociale* è stato nullo per il 9.8%, scarso nel 44.1%, medio per il 42.0% e intenso per il restante 4.2%. Non si osservano cambiamenti per il 73.4% dei casi, peggioramenti per il 10.8% e miglioramenti per il 15.8% ($p = n.s.$).

I due gruppi sono stati valutati rispetto alle variabili di esito del Modulo di base e del SAVE (Strumento per la Valutazione degli Esiti).

Per le variabili del modulo di base il miglioramento è stato valutato nei soggetti che avevano presentato in qualche misura il problema prima dell'inizio dell'intervento (cioè, nei soli soggetti che potevano migliorare), mentre l'assenza di cambiamento o il peggioramento è stato valutato su tutti i soggetti dei due gruppi (perché tutti potevano peggiorare o restare invariati).

In generale il miglioramento nel periodo di osservazione (tre mesi) è stato abbastanza interessante in quasi tutte le variabili senza grandi differenze fra i due gruppi, tranne che in qualche caso.

Relativamente al numero dei *ricoveri* il gruppo di controllo migliora nell'80% dei casi e quello sperimentale nell'87% e peggiorano rispettivamente nel 4% e nel 3.9% dei casi. Il

numero di TSO è diminuito nel 67% dei soggetti del gruppo di controllo e nel 75% di quello sperimentale. Il *numero di crisi* presenta una riduzione del 100% nel gruppo di controllo e dell'85% nel gruppo sperimentale con un aumento del 4% nel primo e dell'1.7% nel secondo. Per quanto riguarda i *problemi con le forze di sicurezza* vi sono miglioramenti nel 100% dei soggetti di ambedue i gruppi e un peggioramento nell'1.3% dei soggetti del gruppo sperimentale e nel 4% di quello di controllo. Una riduzione dell'*abuso di alcol* riguarda il 40% dei soggetti del gruppo di controllo e il 15% di quello sperimentale; mentre il *consumo di sostanze* è rimasto immutato nel gruppo di controllo ed è migliorato nel 44% di quello sperimentale. Il dosaggio della *terapia farmacologica* migliora nel 38% dei soggetti del gruppo di controllo e nel 23.4% di quello sperimentale, così *l'adesione alla terapia farmacologica (compliance)* che migliora nel 57.0% dei soggetti del gruppo di controllo e nel 47.4% di quello sperimentale.

Il *peso corporeo*, indicatore che merita una particolare attenzione in quanto scarsamente influenzabile in sede di valutazione, tende a scendere nel 49% dei casi del gruppo sperimentale e nel 16.6% di quello di controllo e ad aumentare nel 25.2% del primo gruppo e nel 66.7% del secondo ($p < 0.001$).

Relativamente alle variabili dello strumento SAVE, la *salute fisica* è risultata significativamente ($p < 0.001$) migliorata nel 42.9% del gruppo sperimentale contro il 16.0% di quello di controllo e peggiorata rispettivamente nell'11.0% e nel 52.0% dei casi. I *problemi a causa del suo stato psicologico di nervosismo o di difficoltà nei rapporti con gli altri* hanno subito un miglioramento nel 27.7% del gruppo sperimentale e nel 12.0% di quello di controllo ($p < 0.05$). Un miglioramento ancora più marcato nel gruppo sperimentale si è osservato nei *problemi o difficoltà nelle relazioni familiari* con il 54.5% dei soggetti contro il 28.0% del gruppo di controllo. Percentuali pressoché equivalenti (51.3% nel gruppo sperimentale e 52.0% in quello di controllo) si registrano nei due gruppi per i *problemi nei rapporti con altre persone*. Il gruppo sperimentale è migliorato più del gruppo di controllo (44.2% contro 36.0%, $p < 0.01$) anche per le minori *difficoltà incontrate nel lavorare o studiare o fare attività*. Una certa variabilità nell'*occuparsi del proprio aspetto fisico e nell'igiene personale* caratterizza invece il gruppo di controllo che presenta un maggior numero di soggetti migliorati (56% contro il 48.7% del gruppo sperimentale) ma anche di quelli peggiorati (24.0% contro 7.7%, $p < 0.05$). Il miglioramento maggiore nel gruppo sperimentale (37.4% contro 28.0%) non raggiunge invece la significatività statistica rispetto *all'aver sentito delle voci, aver avuto delle visioni o convinzioni strane*. Non si osservano differenze significative anche *nell'essersi sentito depresso, giù di morale, svogliato, senza energie e senza interessi* (miglioramenti nel 64.0% del gruppo di controllo e 58.3% del gruppo sperimentale, e peggioramenti rispettivamente del 12.0% e 6.4%). Particolarmente rilevante è la differenza fra i due

gruppi nel *non aver avuto problemi ed essere stato particolarmente bene e contento di sé* ($p < 0.001$) con il gruppo sperimentale che presenta miglioramenti nel 58.8% dei soggetti e peggioramenti nel 12.9% e quello di controllo rispettivamente nel 24% e nel 52.0%).

Il gruppo sperimentale presenta maggiori cambiamenti positivi anche nel *non essere stato vittima di violenze o prepotenze o prese in giro* (48.1% contro 24.0%, $p < 0.001$). Non vi sono sostanziali differenze fra i due gruppi per quanto riguarda *l'aver minacciato, picchiato qualcuno o danneggiato cose* (miglioramenti nel 43.6% del gruppo sperimentale e 32.0% di quello di controllo). A giudizio del valutatore *si sono osservati in generale miglioramenti* più significativi ($p < 0.01$) nel gruppo sperimentale (47.4%) che in quello di controllo (32.0%). La stessa tendenza di giudizio caratterizza la valutazione delle *difficoltà e dell'impegno richiesto nell'assistenza* (migliorata nel 50.6% del gruppo sperimentale e nel 36% di quello di controllo, $p < 0.001$). Le *speranze* da parte dell'operatore (o del gruppo di operatori) *per quanto riguarda le aspettative per il futuro del paziente* sono diventate più ottimistiche per il 55.1% dei casi del gruppo sperimentale e per il 32% di quelli del gruppo di controllo ($p < 0.01$).

Conclusioni

I dati riportati nell'analisi del dr. Mirabella dell'ISS, sono il frutto di una prima fase di validazione e di una seconda sperimentale. I tempi in cui si è sviluppato il progetto hanno costretto gli operatori a periodi di indagine brevi e a un grande sforzo per la raccolta e la lettura delle informazioni necessarie alla ricerca. E' chiaro che questa estrema necessità di brevità e sintesi, ha condizionato il risultato dell'analisi che tuttavia ha un suo valore intrinseco sia sul piano scientifico che tecnico.

L'obiettivo della ricerca era misurare e mettere in evidenza l'efficacia delle attività sportive dell' Uisp nel trattamento e cura delle patologie psichiatriche. Sembrerebbe una forte contraddizione con tutta la premessa metodologica e valoriale fatta. In effetti abbiamo dovuto imboccare una strada che avrebbe potuto portarci a una vera dicotomia: lo sport per tutti non è terapia ma noi vogliamo misurarne gli effetti terapeutici. In realtà il presupposto valoriale del nostro approccio allo sport, ovvero l'attenzione alla persona e la promozione dell'uomo nella sua interezza, non è in conflitto con l'esigenza di confrontarci con i parametri della medicina e della ricerca scientifica. Certo, la cornice deve restare per noi quella che tracciava Basaglia: tutti diversi, nessuno normale. Il nostro sport non è trattamento, non è cura, non è riabilitazione; eppure è utilizzato per trattare, curare, riabilitare. L'esperienza più avanzata delle polisportive per l'inclusione sociale nasce proprio dentro i Centri e i Dipartimenti per la Salute Mentale più vicini all'esperienza di Basaglia. Detto ciò, osserviamo che, sia in Italia che all'estero (USA, GB, F), le ricerche sul rapporto tra salute mentale e sport parlano molto frequentemente di "sport-terapia" (calcioterapia, arrampicoterapia,...) contraddicendo sul piano lessicale e talvolta metodologico quanto affermiamo. La nostra ricerca si radica invece nell'esperienza di alcuni nostri comitati che hanno voluto approfondire, prima sul piano culturale e valoriale, poi su quello tecnico e scientifico, gli effetti della pratica sportiva su persone colpite da malattie psichiatriche. Questa provenienza, ci sostiene nel ritenere l'approccio orientato alla promozione umana e non alla cura, in senso stretto.

Nella fase sperimentale è stato introdotto un gruppo di controllo, secondo gli standard indicati dal ricercatore, al fine di poter valutare l'esperienza in modo più oggettivo. Dai dati emerge un elemento interessante: rispetto agli indicatori fissati per l'analisi dei dati, il gruppo di controllo, ovvero quello non coinvolto nelle attività motorie e sportive, è risultato molto meno "sano" o "riabilitato", della popolazione coinvolta. Tuttavia, rispetto ad alcuni

item risulta esattamente il contrario. Sebbene poco significativi, questi ultimi risultati comparativi ci portano a ritenere che il gruppo di controllo fosse troppo piccolo e non del tutto estraneo all'attività sportiva. Dico io, "per fortuna!": pensare che ci siano persone oggi che non praticano sport, specie in quei contesti dove è un importantissimo fattore di benessere, mi preoccuperebbe molto. Invece è evidente che la popolazione soggetta alla ricerca e il gruppo di controllo non avevano caratteristiche omogenee all'origine e che il tempo di analisi è stato così breve da non consentire un condizionamento (effetto) della popolazione sufficiente, peraltro su aspetti molto complessi come, per esempio, le dipendenze.

Diciamo che se la contraddizione sul piano scientifico emerge e che questo rende meno significativa la ricerca per poter affermare gli enunciati di partenza, per noi operatori sportivi dell' Uisp è invece un'ulteriore conferma che la pratica sportiva, anche quando non è strutturata e costante, concorre alla salute dell'individuo. Invece la ricerca dimostra che questa potenzialità diventa una vera e propria azione "di cura della comunità" quando la pratica è sviluppata in modo rigoroso e appropriato.

Il livello dell'indagine, da scientifico diventa immediatamente politico. È chiaro infatti che se per noi le tesi di partenza sono confermate con questa esperienza, diventa auspicabile l'accreditamento di un metodo di lavoro, di una linea metodologica come lo sportpertutti, fra le buone prassi in ambito riabilitativo-trattamentale in contesti psichiatrici. Infatti che lo sport faccia bene non serve la nostra ricerca a dimostrarlo; che lo sport sia un elemento utile a "curare" alcune sindromi psichiatriche lo affermano studi scientifici autorevoli in tutto il mondo. Che lo sportpertutti, con quell'approccio orientato alla persona e non alla prestazione, alla promozione umana e non alla pratica disciplinare, sia una buona pratica per sostenere i percorsi di cura e di riabilitazione di pazienti psichiatrici, non era mai stato dimostrato.

La ricerca va arricchita con le testimonianze, i racconti degli operatori e dei pazienti, dei loro familiari e degli istruttori sportivi, che ne completano la descrizione dell'esperienza vissuta e ne articolano meglio il contesto.