

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA

**SCUOLA DI SCIENZE MEDICHE E
FARMACEUTICHE
DIPARTIMENTO DI MEDICINA
SPERIMENTALE (DIMES)**

*Corso di Laurea Magistrale in Scienze e Tecniche dello
Sport (LM68)*



Titolo della tesi

**I giovani para-atleti mostrano un maggiore benessere
edonico rispetto alle persone disabili che non partecipano a
sport agonistici: spunti da un'indagine internazionale.**

Relatore

Luca Puce

Candidato

Lorenzo Bisio

Anno accademico

2022-2023

INDICE:

1. La disabilità, lo sport ed i suoi benefici.
2. Paralimpiadi: storia e origine dello sport inclusivo e accessibile.
3. Benessere edonico e benessere eudaimonico.
4. Benessere e qualità della vita nelle persone con disabilità che praticano sport, negli atleti con disabilità e nei para-atleti: spunti da una revisione critica della letteratura.
5. Parte sperimentale.

1) LA DISABILITA', LO SPORT E I SUOI BENEFICI.

Lo sport riveste un ruolo importante nello sviluppo fisico e sociale della persona. Consente di approfondire la conoscenza del proprio corpo, delle sue risorse e potenzialità, ma anche dei suoi limiti, oltre che sviluppare una maggiore capacità di orientamento nello spazio. Tutto questo vale in modo particolare per lo sport per le persone con disabilità.

In caso di disabilità fisica si assiste ad una compromissione del piano corporeo/motorio e, conseguentemente, di quello emotivo, invece nel caso della disabilità mentale la compromissione investe anche il piano cognitivo. Ciò comporta una grande difficoltà, a seconda del grado di disabilità, rispetto alla capacità di percepire e pensare di se stessi e de-gli altri; elaborare i propri ed altrui stati emotivi; saper contenere i propri stati emotivi; comunicare con il mondo esterno; essere attenti; saper apprendere e memorizzare; essere motivati. Per un disabile la pratica regolare dell'attività sportiva riveste i seguenti vantaggi: migliorare le qualità fisiche, potenziare gli aspetti cognitivi e psichici e sviluppare competenze socio-relazionali. I benefici fisici: Svolgere un'attività motoria induce l'organismo alla produzione di endorfine, sostanze chimiche che hanno effetti positivi sull'umore generale dell'uomo e sulla regolazione del sonno. La persona che pratica uno sport, quindi, vedrà diminuire l'ansia, lo stress e il nervosismo, e aumentare il benessere emotivo generale. La pratica sportiva (agonistica o non) aiuta le persone con disabilità a sviluppare maggiore equilibrio, utile nella deambulazione, e a potenziare il tono muscolare consentendo loro di maneggiare più facilmente gli ausili. Attraverso il movimento, inoltre, i soggetti disabili migliorano la loro resistenza, la loro velocità e la loro forza, favoriscono la diminuzione della frequenza cardiaca e ottimizzano il ritmo respiratorio. Un atleta disabile sarà quindi in grado di muoversi correttamente nello spazio, acquisendo e incrementando le abilità di organizzazione spazio-temporali e raggiungerà un ottimo livello di autonomia motoria volontaria. I benefici psichici: Lo sport produce effetti decisamente positivi e importanti anche a livello psicologico. L'attività

motoria permette all'atleta con deficit di acquisire maggiore sicurezza verso le cose che fa e verso se stesso, contribuendo a ripristinare la fiducia nelle sue potenzialità. Inoltre l'atleta è in grado di sperimentare le proprie capacità e le proprie doti, le proprie possibilità e i propri limiti, acquisendo così una maggiore conoscenza di sé. Attraverso una gara o una partita il soggetto con handicap impara a reagire alla fatica oltrepassando e sfidando i propri limiti, cercando di non arrendersi alle prime difficoltà e di uscirne più forte di prima. Quando si parla dei benefici dello sport sulle condizioni psicologiche non si può trascurare l'effetto che ha nello stato di tensione interiore. Lo sport rappresenta un'occasione di scarico di tensioni e di aggressività che, se non rilasciate, potrebbero indurre il soggetto a reazioni violente e improvvise nei confronti di cose o persone.

L'attività sportiva rappresenta, inoltre, specialmente per le persone con disabilità mentale, una nuova esperienza da affrontare da sole, senza l'aiuto dei genitori, da cui solitamente dipendono. Attraverso questa esperienza imparano progressivamente a prendersi cura di se stesse sviluppando una serie di autonomie e indipendenze che saranno utili nella vita di tutti i giorni, come farsi la doccia, vestirsi, allacciarsi le scarpe, ricordare i giorni e gli orari di allenamento. Da non trascurare vi è poi anche l'effetto positivo che la pratica sportiva produce sulla stimolazione dell'intelletto e della creatività. Infine, praticare uno sport influisce in modo positivo sulla capacità del soggetto di cambiare e adattarsi a nuove situazioni o a nuove esigenze esterne indipendenti da lui, imparando ad accettare ogni circostanza nel giusto modo e riuscendo a "mantenere la fermezza nei propositi". I benefici socio-relazionali: La pratica sportiva è molto importante per le persone con disabilità, perché permette loro l'inserimento o il reinserimento in un contesto sociale. All'interno del mondo sportivo le interazioni che si instaurano sono, infatti, molteplici e di diverso tipo; per esempio, si entra in contatto con l'allenatore, con i compagni, nel caso degli sport di squadra, e con gli avversari. Questo complesso panorama di connessioni consente al soggetto di sperimentare una vasta

gamma di sentimenti ed emozioni, di gestire eventuali conflitti relazionali e di imparare ad adattare la relazione alle persone con cui interagisce. Nei rapporti interpersonali al soggetto vengono riconosciuti degli scopi e uno specifico ruolo, potenziando così il processo di costruzione della sua identità per-sonale.

Tra i benefici di tipo socio-relazionale che la pratica sportiva produce, uno dei più importanti è costituito dall'acquisizione delle regole. In qualsiasi tipo di sport vi è un insieme di regole che vanno rispettate al fine di garantire la conduzione di un gioco leale e paritario. L'atleta deve quindi sottostare a queste norme scritte per giungere alla realizzazione dell'obiettivo personale in caso di sport individuale, o collettivo, in caso di sport di squadra. Accettare le regole che vengono imposte da ogni disciplina significa anche accettare il giudizio dell'altro, acconsentire al sacrificio imposto dagli allenamenti e impegnarsi nel non utilizzo di sostanze contrarie all'etica sportiva. Vi è poi un insieme di regole non scritte che sanciscono la corretta e rispettosa convivenza con le persone che partecipano alla vita sportiva dell'atleta. Praticare uno sport consente alle persone con disabilità, in modo particolare ai soggetti con deficit mentale, di capire e poi apprendere queste regole di vita che sono fondamentali nella comunità. L'atleta impara a rispettare compagni, allenatori e avversari, a impegnarsi negli allenamenti come in partita, per il raggiungimento di un obiettivo, e a essere puntuale e leale.

Un'attenzione particolare va riservata alla pratica degli sport di squadra e ai frutti che da tale attività potrebbero essere colti. Per parlare di sport di squadra è fondamentale far riferimento al concetto di gruppo. Il gruppo può essere definito come un insieme non casuale di persone con bisogni, motivazioni e valori condivisi, che si trovano in una relazione di interdipendenza positiva le une con le altre per il raggiungimento di uno scopo comune. Essere in interdipendenza positiva significa che ogni membro del gruppo dipende da un suo compagno e al tempo stesso costituisce per lui una risorsa. Per una persona con disabilità far parte di una squadra rappresenta un'enorme soddisfazione

perché fa leva sulla sua necessità di sentirsi accettata e inserita in una realtà sociale. All'interno della squadra si percepisce un forte calore e un forte senso di appartenenza e si sperimenta in prima persona cosa vuol dire aiutarsi reciprocamente per il raggiungimento di una meta comune. Il soggetto disabile sente che l'aiuto dei compagni e dell'allenatore è fondamentale per la gioia di una vittoria e capisce che è indispensabile che anche lui si dedichi completamente all'aiuto dei compagni, uscendo da una dimensione egocentrica.

2) Paralimpiadi: storia e origine dello sport inclusivo e accessibile.

Nate nel secondo Dopoguerra, le Paralimpiadi sono il simbolo dell'uguaglianza e delle opportunità. Infatti, anche laddove sussistano delle difficoltà fisiche o psichiche, lo sport riesce a unire e a creare un mondo davvero accessibile. Un mondo aperto a tutti, dove anche le persone diversamente abili possano realizzarsi. Ma come nasce un evento sportivo così importante? Vediamo la storia e l'origine delle Paralimpiadi, simbolo dello sport inclusivo. L'uomo si realizza nel suo tempo libero, anche attraverso lo sport. Qual è, tra le mille caratteristiche di cui si compone il quotidiano delle persone, l'indicatore per definire il livello di qualità della vita? Cos'è a stabilire se, nel complesso, le possibilità di ottenere un presente ed un futuro soddisfacenti sono accessibili a tutti allo stesso modo, permettendo alla singola persona di scegliere come strutturare la propria felicità?

Ora, domandarsi cosa centrino il livello di felicità del vissuto personale con le paraolimpiadi è lecito, ma benché al momento sembri complesso, le due cose finiranno per essere ben più che connesse. Se andiamo a togliere il lavoro e gli impegni richiesti dalla vita di tutti i giorni, quel che resta è un lasso di tempo variabile, personalizzabile da ciascuno a seconda delle proprie preferenze e possibilità: il tempo libero. Il tempo libero per molti è tempo vuoto. Sebbene diversi manuali di psicologia ricordino quanto sia importante la valorizzazione del tempo libero nelle persone con disabilità per "gratificare ed aumentare l'autostima dell'individuo", è chiaro che si tratti in realtà di qualcosa che va applicato indistintamente ad ogni

persona, a prescindere dalle capacità fisiche, cognitive ed economiche.

Infatti, se per una persona che non incontra problemi di accessibilità la gestione del tempo libero viene totalmente affidata alla preferenza del singolo, per chi trova barriere ed ostacoli è invece facile che il concetto si trasformi in “tempo vuoto”. Le conseguenze sono infelicità e insoddisfazione, che danneggiano significativamente il concetto di qualità della vita.

Come discusso trattando delle differenze terminologiche da conoscere per poter parlare di disabilità, ancora una volta il problema non sta nella creazione di una legge ad hoc che sancisca il diritto allo svago e alla libertà di utilizzo del proprio tempo. Infatti la dimensione del tempo libero appartiene già alla sfera dei diritti di cittadinanza.

Si tratta, piuttosto, di creare le giuste condizioni per giungere alla presenza di eguali opportunità sbloccando tutti gli ambiti ancora inaccessibili. Lo sport esclude le persone con disabilità: Quando parliamo di tempo libero, momenti ricreativi e spazi di interazione, è inevitabile pensare allo sport e all'attività fisica. L'attività fisica è un elemento indispensabile per la crescita, l'educazione, lo svago e la condivisione. Di conseguenza, è indispensabile all'essere umano, storicamente definito come animale sociale.

Eppure, anticamente, lo sport è stato uno dei principali motivi di esclusione. Basti pensare alle origini dello sport moderno, nato nel XIX secolo come espressione di forza e di vigore, caratteristiche connesse unicamente all'uomo giovane, sano e di sesso maschile. Una visione tutt'altro che inclusiva.

La strada per il cambiamento è stata lunga, e ha visto dapprima l'inclusione delle donne, seguite dagli anziani e, infine, delle persone con disabilità. Quando parliamo di sport accessibili parliamo quindi di qualcosa di relativamente nuovo.

Sir Ludwig Guttmann: lo sport per persone con paralisi spinale
La prima persona documentata ad occuparsi del tema fu Sir Ludwig Guttmann. Egli era neurochirurgo della Gran Bretagna del 1944, all'ospedale di Stoke Mandeville. Guttmann fornì la possibilità di praticare attività sportiva ai

pazienti affetti da paralisi spinale traumatica. I primi a poter praticare sport furono giovani uomini e donne appartenenti alle forze armate britanniche, portatori di lesioni midollari. Senza troppe sorprese, i benefici fisici ottenuti dai pazienti furono nettamente superiori a quelli riscontrati con la terapia. Furono d'aiuto non solo nello svago e nel perfezionamento della tecnica atletica, ma anche nel quotidiano, facilitando l'utilizzo della sedia a rotelle.

I Giochi di Stoke Mandeville e l'inizio della storia delle Paralimpiadi:

L'iniziativa, com'era auspicabile, ebbe un successo consistente, portando il 28 luglio del 1948 allo svolgimento dei primi Giochi di Stoke Mandeville per atleti disabili, che videro la partecipazione di atleti ex membri delle Forze Armate Britanniche.

Il percorso per trovare un'ufficialità comparabile a quella delle Olimpiadi non fu breve, ma la grande curiosità scaturita dal nuovo evento fece il suo corso, portando i giochi ad essere dapprima internazionali, per giungere al contesto delle Olimpiadi di Roma nel 1960, con la nascita della Federazione Internazionale dei Giochi di Stoke Mandeville.

La manifestazione, da allora, fu annuale. Vennero annessi sport come la scherma, la pallacanestro, il nuoto, le corse, i lanci, il tiro con l'arco, il tiro a segno, il ping-pong e le bocce. Il numero dei partecipanti continuò ad aumentare vertiginosamente, confermando quanto fosse viva la necessità di costituire un evento di tale portata. Fu presto chiaro, inoltre, che i giochi dovessero essere aperti ad altre categorie di disabili, come ciechi e amputati, necessità che vide dal 1964 al 1980 la nascita di associazioni come l'ISOD, l'IBSA e il CP-ISRA.

Paralimpiadi di Tokyo: le prime nella storia.

Fu nel 1982 che, dall'unione delle diverse associazioni in un comitato internazionale di coordinamento, ci si occupò della stesura delle regole tecniche ed organizzative dei Giochi Paralimpici. In occasione delle Olimpiadi di Roma vennero fondati i presupposti per costruire un evento da tenersi

ciclicamente, nella stessa città e nello stesso anno del grande evento preesistente.

Nel 1964 si tennero, a Tokyo, le prime Paralimpiadi. Raccolsero 390 partecipanti, quasi raddoppiati quattro anni dopo a Tel Aviv, anno in cui città del Messico rifiutò di ospitare i giochi.

Gli atleti arrivarono a 1000 nel 1972 e a 2500 nel 1980, quando vennero annessi anche i membri dell'ISOD, non vedenti e amputati.

Le prime Paralimpiadi invernali della storia:

Dopo aver raggiunto il picco di 3200 atleti a Seul nel 1988 vennero introdotte altre discipline sportive a quelle presenti, costituendo i primi Giochi Olimpici Invernali per persone con disabilità dal 1976. Inclusione e rappresentanza compirono un ulteriore passo avanti solo nel 1996, quando durante i giochi di Atlanta le paralimpiadi vennero trasmesse in TV negli Stati Uniti. Tramite le vendite dei biglietti, delle sponsorizzazioni e dei diritti televisivi, emerse la capacità economica della manifestazione sportiva. Vi si affiancò la consapevolezza che l'impatto della stessa non poteva più passare in secondo piano. In tutto il mondo i telespettatori poterono sentirsi testimoni della nascita di qualcosa di glorioso. La trasmissione televisiva dei giochi realizzò la possibilità per una grandissima parte della popolazione di vedersi rappresentata e vincente in un contesto che coinvolgesse tutto il mondo, costruendo una consapevolezza e una sensibilizzazione finalmente diverse, proiettate verso un futuro più accessibile, libero e inclusivo.

Si fece finalmente viva la consapevolezza che disabilità non dovesse significare "limite", non fosse una discriminante per non possedere prestazioni fisiche eccellenti e non fungesse da ostacolo per incoronare un vincitore che potesse diventare un modello a cui aspirare.

La storia delle Paralimpiadi oggi:

Attualmente alcune tra le discipline praticate dagli sportivi disabili sono atletica leggera, automobilismo, calcio, canoa, ciclismo, curling, ginnastica ed equitazione. A queste si aggiungono judo, lotta, nuoto, pallanuoto, pallavolo,

pattinaggio, sci alpino, sci nautico, slittino e sollevamento pesi.

Avere una manifestazione sportiva dedicata è il minimo per garantire una visione inclusiva ed eguale del mondo sportivo, e consequenzialmente del tempo libero, ma certo è che non tutti siamo o aspiriamo a diventare atleti.

È comunque chiaro che quando parliamo di diritto all'attività motoria, alla possibilità di prendere parte a giochi e attività di svago come momenti di costruzione della propria autonomia, della consapevolezza di sé, dell'interazione con gli altri, della libera gestione del proprio tempo libero per migliorare la qualità della vita, nessuno può venire escluso.

L'importanza delle Paralimpiadi oggi:

La potenza di questi strumenti è troppo spesso sottovalutata. Spesso le si considera attività che vedono una netta distinzione tra persone affette da disabilità e persone cosiddette "abili".

Per una valutazione sportiva professionale, in un contesto come quello Paralimpico, tale distinzione è necessaria per non compromettere il metro di valutazione nelle diverse competizioni. Nella vita di tutti i giorni, tuttavia, porre limiti in questo senso non è altro che la manifestazione di discriminazioni abiliste che non possono più essere accettate.

Il diritto di poter fare della propria libertà un utilizzo il più sereno e soddisfacente possibile resta una necessità da soddisfare. Il tutto unito alla necessità di un mondo senza barriere, privo di ostacoli e discriminazioni. Un bisogno che vede e ha visto compiere grandi passi avanti, con un percorso ancora lungo dinanzi a sé. Un percorso da affrontare un giorno alla volta con consapevolezza, attenzione e sensibilità. Per ottenere un futuro finalmente accessibile.

I Giochi Mondiali Invernali Special Olympics di Torino 2025: Una grande notizia arriva dalla città di Torino, infatti come comunicato da Chiara Appendino e dal sito dedicato:

“Sono stati assegnati all'Italia i Giochi Mondiali Invernali Special Olympics, 2025. E si svolgeranno proprio qui, a Torino!”

I Giochi coinvolgeranno 3.125 Atleti e Coach, 3.000 volontari, migliaia di persone tra staff, personale medico, familiari,

media, ospiti e delegati. A loro si aggiungeranno oltre 300.000 spettatori. Otto le discipline sportive suddivise tra Torino, Bardonecchia, Sestriere e Pragelato.

La Cerimonia di apertura e chiusura si terranno allo Stadio Olimpico Grande Torino.

“Sono davvero entusiasta di questo progetto. Torino è pronta ad ospitare gli atleti Special Olympics, una delle realtà più belle che ho conosciuto in questi anni come Sindaca. Una comunità veramente meravigliosa. I valori rappresentati da Special Olympics sono un esempio per tutti, specialmente per le generazioni future”, ha dichiarato la Sindaca.

Un ottimo segnale che lascia ben sperare in un futuro sempre più accessibile e inclusivo.

3) BENESSERE EDONICO E BENESSERE EUDAIMONICO.

Nell'ambito delle scienze mediche e sociali l'ultimo decennio è stato caratterizzato da una crescente attenzione allo studio del benessere e della qualità della vita. Inizialmente questi temi erano analizzati a partire da indicatori oggettivi quali il reddito, la salute fisica, le condizioni abitative ed i ruoli sociali. Tuttavia, numerosi studi hanno dimostrato che gli indicatori oggettivi non sono sufficienti a fornire una valutazione adeguata del benessere e soddisfazione di un individuo, o del livello di sviluppo di una nazione. La qualità della vita ed il benessere sono infatti concetti relativi: ogni individuo ne elabora un'interpretazione personale, in base alle proprie condizioni fisiche, ruolo sociale, caratteristiche psicologiche e stile di interazione con l'ambiente. E' pertanto fondamentale identificare indicatori soggettivi di benessere: un individuo valuta il proprio stato di salute, il proprio livello di soddisfazione nell'ambito sociale, lavorativo e personale, i traguardi raggiunti e gli obiettivi futuri in base a parametri che possono differire anche profondamente dalle condizioni oggettive in cui si trova.

La distinzione fondamentale nel campo di indagine della Psicologia Positiva è quella tra due diverse prospettive teoriche e filosofiche all'interno dell'ambito di ricerche sul

benessere: la prospettiva edonica e quella eudaimonica. Per la tradizione edonica il benessere coincide con il piacere e la felicità, mentre per quella eudaimonica esso si esprime nella realizzazione della propria vera natura.

Lo psicologo Kahneman definisce la “psicologia edonica” come lo studio di “ciò che rende le esperienze e la vita piacevoli o spiacevoli”. Egli identifica nella massimizzazione della felicità umana il suo scopo principale e riferisce il benessere principalmente alla dimensione affettiva e alla soddisfazione di vita.

La prospettiva edonica trova le sue basi filosofiche nella teoria di Aristippo del terzo secolo a.C. che definiva il piacere come bene esclusivo da ricercare, raggiungibile attraverso la capacità di mantenere il controllo nelle situazioni avverse e in quelle favorevoli per arrivare ad un adeguato adattamento. Lo scopo della vita veniva identificato nella sperimentazione del massimo livello di piacere e felicità, risultato della somma dei singoli momenti edonici.

Al contrario, il fondamento filosofico dell'eudaimonia può essere rintracciato negli studi di Aristotele. Il filosofo greco fu il primo ad introdurre il termine eudaimonia e criticò duramente l'idea di felicità intesa come semplice soddisfacimento di bisogni e desideri, andando a contrapporre “la vita piacevole con la vita buona”.

Aristotele parte nella sua trattazione da una domanda fondamentale: “Qual è il più alto di tutti i beni ottenibili con l'azione umana?” e all'interno della sua opera più importante intitolata “Etica Nicomachea” elabora la sua risposta proponendo il termine “eudaimonia” intesa come la tensione verso l'eccellenza sulla base esclusivamente del proprio potenziale.

La sua idea è che la vera felicità sia fondata sull'espressione delle proprie virtù e che il fine ultimo della vita sia quello di impegnarsi a realizzare la propria vera natura.

Secondo Waterman, l'autore che per primo tradusse la distinzione teorica “edonia vs. eudaimonia” proposta da Aristotele nelle nozioni psicologiche di “semplice piacere vs. espressione del sé”, l'eudaimonia può essere definita come:

“the feelings accompanying behavior in the direction of, and consistent with, one’s true potential”. Essa va oltre al concetto di felicità e viene accostata al benessere più in senso lato, inteso come generato dal rispetto e della realizzazione della propria vera natura e come il risultato dell’inseguimento e raggiungimento di obiettivi positivi. Il benessere non sarebbe quindi un risultato o uno stato finale, quanto piuttosto un processo di realizzazione personale.

Esso si può raggiungere vivendo secondo il proprio “vero sé”, svolgendo attività profondamente congruenti ai propri valori e alla propria natura e in grado di impegnare e coinvolgere in modo olistico, al punto da far sentire i soggetti intensamente vivi e autentici.

4) Benessere e qualità della vita nelle persone con disabilità che praticano sport, negli atleti con disabilità e nei para-atleti: spunti da una revisione critica della letteratura.

Il benessere globale (GWB) è un costrutto complesso, multidimensionale e sfaccettato che può essere esplorato da due prospettive diverse, ma spesso sovrapposte e complementari: quella soggettiva e quella oggettiva. La prospettiva soggettiva, a sua volta, è composta da due dimensioni: il punto di vista edonico e quello eudaimonico. All'interno della prima dimensione, i ricercatori hanno sviluppato il concetto di benessere edonico soggettivo (SHWB), mentre, all'interno della seconda, hanno costruito il quadro del benessere psicologico e sociale (PSWB). Le persone con disabilità hanno un benessere peggiore a causa della loro patologia e possono soffrire più frequentemente di disturbi ansiosi e depressivi rispetto alle loro controparti normodotate. La partecipazione sportiva è un modo essenziale per affrontare la disabilità. D'altra parte, rispetto ai loro coetanei normodotati, gli atleti con disabilità e i para-atleti sono sottoposti a una serie unica di fattori di stress. Poco si sa in termini di benessere edonico ed eudaimonico e di qualità della vita in questa specifica popolazione. In questa sede, esaminiamo la letteratura, ponendo l'accento sull'attuale stato dell'arte e sulle lacune di conoscenza che devono essere

affrontate dalla ricerca futura. Sono necessarie indagini di alta qualità e su larga scala per comprendere meglio il benessere autopercepito (edonico) e oggettivo (eudaimonico) e la qualità della vita delle persone con disabilità che praticano sport, degli atleti con disabilità e dei para-atleti.

Benessere e qualità della vita:

Il benessere globale (GWB) è un costrutto complesso, multidimensionale e sfaccettato che può essere esplorato da due prospettive diverse, ma spesso sovrapposte e complementari: quella soggettiva e quella oggettiva. La prospettiva soggettiva, a sua volta, è composta da due dimensioni: il punto di vista edonico e quello eudaimonico. Nell'ambito della prima dimensione, i ricercatori hanno sviluppato il concetto di benessere edonico soggettivo (SHWB) :

mentre, all'interno di quest'ultimo, hanno costruito il quadro del benessere psicologico e sociale (PSWB).

La SHWB si riferisce al modo in cui gli individui sperimentano e valutano i diversi aspetti della loro vita e può essere definita come "un'ampia categoria di fenomeni che include le risposte emotive delle persone, le soddisfazioni di dominio e i giudizi globali di soddisfazione della vita". Questo costrutto è generalmente utilizzato per valutare quantitativamente la salute mentale e la felicità, ed è risultato essere un importante predittore di benessere, salute e longevità individuale. La SHWB può essere concepita come "tripartita", cioè composta da tre grandi componenti: i) la soddisfazione di vita (valutazione a lungo termine della soddisfazione complessiva o specifica per ogni settore, riferita al posto di lavoro, al partner, agli amici/colleghi, ai figli, ecc. La felicità è concepita come equilibrio tra affetti positivi e negativi. Tra i diversi strumenti esistenti, la SHWB può essere misurata utilizzando un indice di indagine diffuso e ben documentato, ovvero

, almeno in parte, i due modelli di benessere (edonico ed eudaimonico) si sovrappongono, con importanti teorici (come Aristotele, Jung, Maslow, Allport, Rogers, Erikson, Frankl, Jahoda, Neugarten o Bühler) che hanno contribuito allo sviluppo di entrambi.

Questi due concetti sono paralleli alla dicotomia introdotta nel campo dell'economia comportamentale e della psicologia applicata da Daniel Kahneman: i) il "benessere sperimentato", che corrisponde al benessere edonico (come detto in precedenza, un equilibrio dinamico tra affetti positivi, piacere e felicità, e affetti negativi, angoscia o infelicità); e, ii) il "benessere valutativo", che corrisponde al benessere eudaimonico (vale a dire, autonomia, crescita personale e significato/scopo della vita).

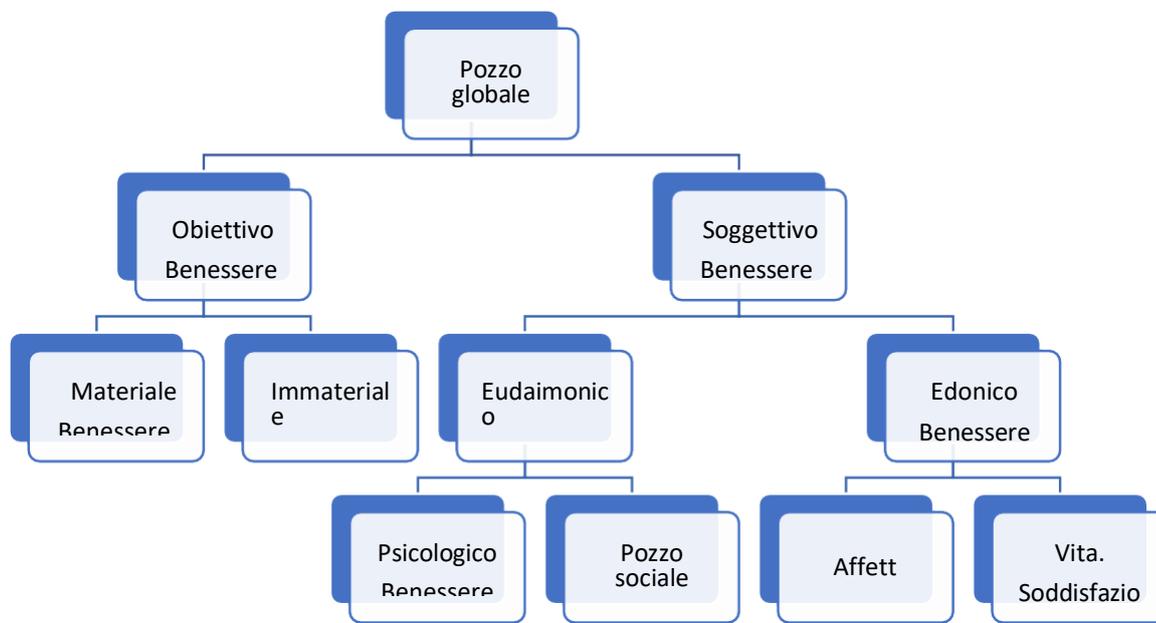
Il concetto di benessere oggettivo definisce il benessere in termini di indicatori di qualità della vita, come "l'elenco dei beni che sono necessari per una buona vita", comprese le risorse materiali (come il reddito, il cibo o l'abitazione) e gli attributi sociali (come l'istruzione, la salute, la "voce politica" o il capitale sociale, come la famiglia, le reti e le connessioni sociali e l'inclusione sociale), tra gli altri.

L'approccio oggettivista al benessere è stato principalmente pioniere di Amartya Sen, con il suo lavoro sull'economia del

benessere. Un altro importante teorico e studioso del benessere
oggettivo è

Martha Nussbaum. I loro contributi sono noti come approccio al benessere di Sen e Nussbaum. Il benessere oggettivo è talvolta chiamato anche "benessere contestuale".

In figura sintesi delle varie dimensioni del benessere.



Questi diversi concetti di benessere sono stati recentemente adattati e tradotti, nonché integrati, nel mondo dello sport. Il benessere, così come viene vissuto dagli atleti, soprattutto quelli d'élite, è particolarmente ricco, complesso e ricco di sfumature, e dipende anche dal contesto specifico che circonda l'atleta. L'arena sportiva è, infatti, impegnativa e gratificante allo stesso tempo, in quanto offre la possibilità di esplorare nuove opportunità, sperimentare il successo e il fallimento, interagire e connettersi con i coetanei. D'altra parte, gli atleti devono affrontare programmi di allenamento pesanti, sfide psicologiche, come pressioni interne ed esterne, varie fasi di transizione e fattori di stress logistico-organizzativi, nonché infortuni e plateau di prestazioni. Il benessere globale legato allo sport può essere concepito come "un'interazione tra la soddisfazione per la vita, le esperienze sportive e la salute percepita, combinata con il piacere e la felicità sperimentati sia nella vita ordinaria che nello sport".

Secondo Lundqvist, il benessere globale legato allo sport è costituito da una componente edonica (SWB nello sport (SWB-S)) e da una componente eudaimonica. La SWB-S consiste nella

soddisfazione sportiva e negli affetti legati allo sport, mentre la PWB nello sport (PWB-S) comprende i) l'accettazione di sé come atleta, ii) la relazione positiva con l'allenatore e i compagni di squadra, iii) l'autonomia nella pratica sportiva, iv) la padronanza dell'ambiente sportivo, v) lo scopo nello sport e vi) la crescita personale come atleta. Infine, la SoWB nello sport (SoWB-S) consiste in i) accettazione sociale nello sport, ii) realizzazione sociale attraverso lo sport, iii) contributo sociale allo sport, iv) coerenza sociale nello sport e v) integrazione sociale nello sport.

In relazione al benessere, esistono altri costrutti, come la qualità della vita, la qualità della vita correlata alla salute (HRQoL), la felicità, il funzionamento umano e il funzionamento umano correlato alla salute (HRHF), che possono essere considerati come (a volte

sovrapposte, talvolta diverse e complementari) sottocategorie del benessere. Il primo costrutto può essere definito come "la percezione che una persona ha della sua posizione nella vita nel contesto della cultura e dei sistemi di valori in cui vive e in relazione ai suoi obiettivi, aspettative, standard e preoccupazioni". Questi ultimi costrutti (cioè il funzionamento umano e l'HRHF).

L'inclusione di atleti diversi, come quelli con disabilità, è cresciuta negli ultimi anni, con gli eventi paralimpici che attraggono una porzione significativamente maggiore di para-atleti, da quando il primo evento sportivo ("Giochi silenziosi") si è svolto nel 1924, a Parigi (Francia), coinvolgendo 148 atleti con disabilità provenienti da alcuni Paesi europei. Inizialmente concepito come sport di riabilitazione, sulla base della visione del dottor Ludwig Guttmann, lo sport inclusivo si è gradualmente spostato verso lo sport ricreativo e competitivo. Nel 1960 è stata organizzata la prima edizione dei Giochi paralimpici. Nonostante ciò, gli atleti con disabilità rimangono significativamente emarginati dalla comunità sportiva e dalla copertura dei mass media e dei social media. Nella letteratura scientifica esistente, gli atleti con disabilità sono drammaticamente sottorappresentati rispetto alle loro controparti normodotate, con una significativa scarsità di dati ed evidenze disponibili riguardanti il loro benessere e la qualità della vita, i fattori determinanti della fatica e i risultati delle prestazioni, nonché i programmi e le strategie di allenamento ottimali e i protocolli di riabilitazione.

In generale, le persone con disabilità riportano un benessere più scarso a causa del loro stato di salute e delle condizioni sottostanti, e possono soffrire più frequentemente di disturbi ansiosi e depressivi rispetto alle loro controparti normodotate, anche se possono sviluppare particolari abilità e strategie per affrontare le situazioni avverse - questo è noto come il "paradosso della disabilità", anche se è stato messo in discussione e contestato da alcuni studiosi. L'impegno in un'attività fisica regolare e strutturata, come la partecipazione sportiva, è un modo essenziale per adattarsi e affrontare la disabilità. D'altra parte, rispetto ai loro coetanei normodotati, gli atleti con disabilità, noti anche come para-atleti, sono sottoposti a una serie unica di fattori di stress che influenzano profondamente il loro comportamento.

processo di formazione di una nuova identità, come l'accesso fisico, la comunicazione o le barriere economico-finanziarie, gli atteggiamenti discriminatori e sminuenti e gli allenamenti non professionali. Se la pratica sportiva può portare a un miglioramento dell'inclusione e, quindi, a una maggiore accettazione di sé e della società, meno si sa in termini di benessere, sia da un punto di vista soggettivo che oggettivo, in questa specifica popolazione.

Benessere

para-sportive, ambienti e contesti geografici, con campioni generalmente costituiti da un numero limitato di partecipanti. Inoltre, vi è una marcata mancanza di dati comparativi che esplorino le differenze di benessere tra para-atleti e individui con disabilità che non praticano sport a livello agonistico. Pertanto, data la scarsità di informazioni, questo studio di revisione è stato condotto per colmare questa lacuna di conoscenza.

Le ricerche disponibili (osservazionali o interventistiche) condotte su atleti normodotati e sulla popolazione generale hanno sottolineato il valore di diverse forme di attività fisica, non strutturata o strutturata (tra cui l'esercizio fisico e lo sport), in termini di promozione e miglioramento di varie componenti del benessere e dell'autopercezione fisica, con un "effetto moltiplicatore": l'impegno migliora la salute e il benessere generale che, a sua volta, incoraggia un'ulteriore partecipazione sportiva, con conseguenti ulteriori miglioramenti della salute e del benessere generale, dando vita a un circolo virtuoso. Sono stati riscontrati miglioramenti del benessere sia edonico che eudaimonico. Per esempio, Edwards et al. hanno esplorato la relazione tra gli sport che comportano diversi tipi di esercizio fisico regolare, come l'hockey e le attività dei club di salute (sport di squadra e individuali che comportano rispettivamente esercizio aerobico e di resistenza), e la salute mentale e fisica. Gli autori hanno misurato il benessere eudaimonico, utilizzando il quadro concettuale di Ryff. Gli autori hanno reclutato e confrontato 60 giocatori universitari di hockey, 27 membri di club di salute e 111 studenti che non praticavano attività fisica. Quest'ultima popolazione è risultata avere una minore percezione del benessere e dell'autostima fisica. Concentrandosi specificamente sul SHWB, Wilson et al. hanno valutato

quantitativamente la correlazione tra partecipazione sportiva e benessere in coorti di adolescenti (di età compresa tra gli 11 e i 17 anni), in Nuova Zelanda. Il benessere edonico è stato valutato utilizzando un singolo item classificato su una scala Likert a 10 punti che andava da

da 1 ("molto infelice") a 10 ("molto felice"), seguendo le linee guida dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) sulla misurazione del benessere edonico. Un migliore benessere edonico è risultato associato alla partecipazione a qualsiasi sport *rispetto a* nessuno. Da notare che il benessere non era associato alla partecipazione all'educazione fisica o allo sport *individuale*. Durante la pandemia di "Coronavirus 2019" (COVID-19), ancora in corso, gli studenti sportivi hanno mostrato livelli più elevati di SHWB (aumento degli affetti positivi e riduzione degli affetti negativi) rispetto agli studenti di musica. Sono stati identificati diversi parametri che mediano il legame tra partecipazione sportiva e SHWB, tra cui l'età, il sesso/genere, il reddito, lo stato relazionale, l'intensità e la durata dell'attività fisica. Nel complesso, l'attività fisica è risultata correlata agli affetti positivi, ma non agli affetti negativi, migliorando la SHWB, con effetti coerentemente dimostrati in tutte le fasce d'età e in una varietà di contesti (sport individuali o di squadra, intensità leggera o moderata e intensa, esercizio aerobico o anaerobico e misto).

Precedenti indagini specificamente incentrate sul benessere psicologico ed emotivo percepito dai para-atleti rispetto alle persone con disabilità che non praticano sport agonistici hanno evidenziato un maggiore benessere della prima popolazione, sottolineando la forza degli sport agonistici, che sono in grado di agire su diverse aree quali i) la sfera emotiva, attraverso l'esperienza del raggiungimento di un obiettivo predeterminato; ii) la sfera motivazionale, attraverso la possibilità di competere lealmente con avversari con lo stesso grado di funzionalità; e, iii) la sfera sociale, attraverso l'instaurazione di relazioni interpersonali durature e significative all'interno della squadra e del fisico attraverso la massimizzazione delle capacità motorie residue e lo sviluppo di nuove abilità.

Ad esempio, è stato dimostrato che i para-sport come il para-nuoto sono utili per facilitare l'accettazione di sé e della società, per sviluppare l'identità e un senso di normalizzazione, per migliorare la qualità della vita, per ridurre l'ansia e per aumentare l'autostima.

Questi risultati sono paragonabili a precedenti indagini condotte su partecipanti a competizioni sportive su sedia a rotelle (come basket, tennis e rugby). I ricercatori hanno scoperto che i para-

atleti hanno tassi più bassi di depressione, tensione, rabbia e confusione, oltre a un aumento della soddisfazione di vita ed a percezioni più positive della propria salute e del proprio benessere rispetto ai partecipanti non para-sportivi.

Un'indagine pubblicata di recente ha studiato 31 dei 33 atleti della squadra paralimpica portoghese (di età pari a $34,45 \pm 11,7$ anni, 21 uomini e 10 donne), che partecipano a diverse discipline para-sportive (ovvero para-atletica, para-badminton, boccia, para-canoa, para-ciclismo, equitazione, judo e para-nuoto). I risultati hanno evidenziato alti valori di soddisfazione della vita, alti livelli di affetti positivi e bassi livelli di affetti negativi. Inoltre, gli autori sono stati in grado di riferire alti livelli di resilienza e supporto sociale.

Tuttavia, l'ambiente sportivo estremamente competitivo può presentare diversi fattori di stress specifici per lo sport e per la disabilità che sono potenzialmente dannosi per il benessere personale. Ad esempio, le metodologie di allenamento in termini di volumi, intensità e recuperi dei para-atleti sono molto simili a quelle degli atleti normali, anche se ogni tipo di disabilità può rispondere in modo diverso al carico di allenamento, e questo può portare a sovrallenamento, burnout, dolore e infortuni. Inoltre, i frequenti spostamenti, spesso difficili dal punto di vista logistico, possono portare a

disegno trasversale, l'uso di misure self-report che possono comportare bias di segnalazione e di ricordo, o di misure oggettive, senza esplorare la prospettiva soggettiva dei partecipanti. Diverse discipline parasportive non sono rappresentate in letteratura e alcune di quelle rappresentate potrebbero essere sottorappresentate. Inoltre, la dimensione del campione di questi studi è solitamente ridotta. Inoltre, molti studi esistenti non si basano su una precisa teoria/quadro psicologico del benessere e alcuni di essi non riescono a coglierne la natura multidimensionale, utilizzando strumenti costituiti da un singolo item o da pochi item, invece di impiegare uno strumento teoricamente fondato, psicometricamente solido e sfaccettato, specificamente ideato per le persone con disabilità i para-atleti. Inoltre, gli indicatori e le scale sono stati sviluppati e testati prevalentemente nel Nord del mondo, con popolazioni composte principalmente da studenti universitari bianchi e maschi. Di conseguenza, non si può presumere che le misure e gli indicatori siano applicabili ad altre popolazioni. La comunità dei disabili è eterogenea, ma la sua varietà non è stata sufficientemente colta dalla letteratura scientifica. Occorre prestare maggiore attenzione ai principi di genere, equità, inclusione e diversità (GEID).

Conclusioni e direzioni future

Questo studio di revisione ha contribuito a una migliore comprensione del benessere soggettivo e oggettivo e della qualità della vita tra le persone con disabilità che praticano sport, gli atleti con disabilità e i para-atleti. Tuttavia, gli studi futuri dovrebbero chiarire le relazioni tra i valori edonici ed eudaimonici.

benessere in questa specifica popolazione, soprattutto da una prospettiva longitudinale (piuttosto che trasversale). Le indicazioni future includono anche l'indagine dei percorsi meccanici che possono collegare la pratica sportiva con i risultati di benessere nella popolazione con disabilità. Questi studi dovrebbero adottare una prospettiva più multidimensionale, cercando di districare le complessità alla base di costrutti sovrapposti/complementari come il benessere (GWB, edonico/SHWB, eudaimonico/PSWB e benessere oggettivo/contestuale), la qualità della vita, HRQoL, il funzionamento umano e HRHF. Occorre evitare di presentare la disabilità attraverso un modello medico, in cui la menomazione è un difetto di funzionamento medicalizzato.

Attualmente è urgente una mappa/taxonomia completa, concettualmente e teoricamente fondata e scientificamente valida, di una serie di "meta-costrutti" o "meta-categorie" legati alla salute (benessere, condizione di salute/stato di salute, funzionamento umano, malattia/patologia, disabilità, ecc. Dovrebbe essere condotto un esercizio di mappatura/scoping per identificare le definizioni operative di queste identità/meta-identità, la loro gerarchia concettuale e

oggettivo" e dei costrutti correlati, come il benessere umano e le capacità. Nel caso specifico dei soggetti con disabilità, le scale oggettive comprendono l'indice di Karnofsky, introdotto in ambito sanitario per valutare quantitativamente il performance status dei pazienti affetti da neoplasie e delle persone con disabilità, gli indici clinici delle "Activities of Daily Living" (ADL) e la "World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0" .

Ciò farebbe progredire la nostra comprensione della disabilità e aiuterebbe e informerebbe la progettazione e l'attuazione di interventi basati sui dati e finalizzati a migliorare e incrementare il benessere, la qualità della vita e il funzionamento delle persone con disabilità. La comprensione dello stato di disabilità e del benessere associato può aiutare i responsabili delle politiche e delle decisioni, nonché i fornitori di servizi, a ideare programmi adeguati ed efficaci. Attualmente esistono solo poche scale che valutano il GWB nelle persone con disabilità da un punto di vista sia soggettivo che oggettivo, tra cui la "Integral Quality of Life Scale", composta da otto domini principali (autodeterminazione, diritti, benessere emotivo, inclusione sociale, sviluppo

personale, relazioni interpersonali, benessere materiale e benessere fisico), che tuttavia è stata sviluppata e testata su persone con disabilità intellettiva. A questi domini, Davidson et al. hanno aggiunto i seguenti: ambiente, famiglia, attività ricreative e di svago e sicurezza. Infine, le ontologie relative alla salute, al benessere e alla disabilità e le mappe semantiche possono essere "tradotte" e "adattate" all'ambito sportivo e collegate con i domini sportivi.

5) PARTE SPERIMENTALE:

Il benessere edonico si riferisce al modo in cui gli individui vivono e valutano la loro vita. Le persone disabili hanno un benessere minore a causa della loro patologia e possono soffrire più frequentemente di disturbi ansiosi e depressivi rispetto alle loro controparti normodotate. La partecipazione sportiva è un modo essenziale per affrontare la disabilità. D'altra parte, rispetto ai loro coetanei normodotati, i para-atleti sono sottoposti a una serie unica di fattori di stress. Poco si sa in termini di benessere edonico in questa specifica popolazione. Presentiamo i risultati di un'indagine multinazionale sul benessere edonico auto-percepito dai para-atleti di diverse discipline sportive e da un gruppo di controllo (persone disabili che non praticano sport agonistici), utilizzando il "Psychological General Well-Being Index" (PGWBI). Abbiamo incluso 1.208 partecipanti, di età pari a $17,39 \pm 3,44$ anni, 58,4% maschi, 41,6% femmine e 70,3% para-atleti. La natura della disabilità/implementazione è risultata significativa, con i soggetti con disabilità acquisita che hanno riportato un benessere inferiore (OR 0,19 [0,13-0,26]). Coloro che partecipano a competizioni di basket in carrozzina, para-atletica e para-nuoto hanno una maggiore probabilità di riferire benessere (OR 51,51 [95%CI 26,51-104,0,3]; OR 47,93 [95%CI 26,66-89,55]; e OR 46,51 [95%CI 30,37-72,40]), mentre coloro che sono impegnati nel rugby in carrozzina mostrano un benessere inferiore rispetto ai controlli (OR 0,46 [95%CI 0,22-0,91]). Questa indagine su larga scala può consentire una migliore comprensione del benessere edonico autopercepito dalle persone disabili.

MATERIALE E METODI

Soggetti:

Questo studio è stato concepito come un'indagine trasversale caso-controllo, basata su un questionario. I risultati principali sono stati riportati in conformità con la lista di controllo "Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology" (STROBE).

Una parte dei casi riguardava giovani para-atleti che hanno partecipato agli "European ParaYouth Games" (EPYG), che si sono svolti dal 9 al 15 ottobre 2017 in Liguria, Italia. Gli EPYG sono una competizione internazionale, agonistica e multisport per giovani atleti con disabilità (di età compresa tra i 12 e i 23 anni) organizzata e regolamentata dal Comitato Paralimpico Internazionale (IPC). Questo evento, che si svolge ogni due o tre anni, è ospitato ogni volta in un diverso Paese europeo.

Un mese prima dell'evento, la notifica e le informazioni sui questionari sono state pubblicate sulla pagina web ufficiale dell'evento e inviate via e-mail alle federazioni delle varie discipline para-sportive. Questa e-mail e la pagina web dell'evento contenevano un link a un modulo web sviluppato utilizzando il pacchetto open-source Google Forms, composto da una nota esplicativa, un modulo in cui si chiedeva ai soggetti di esprimere la propria volontà o meno di partecipare all'indagine, i questionari da compilare e un questionario aggiuntivo contenente informazioni ausiliarie.

Gli stessi questionari e le note esplicative sono stati somministrati a un campione di riferimento di giovani disabili che non praticano sport agonistici, inviando il link alla pagina web dell'evento *via* e-mail alle cliniche di riabilitazione dei Paesi europei partecipanti all'evento.

Per raggiungere il maggior numero possibile di para-atleti e di persone disabili che non praticano sport, il modulo web è rimasto aperto fino a luglio 2019 per entrambe le popolazioni.

Il protocollo dello studio è stato approvato dal comitato etico locale e pubblicato su una rivista scientifica internazionale peer-reviewed. Lo studio è stato registrato in modo prospettico nell'archivio ISRCTN ("International trial registry") (codice di registrazione ISRCTN14389453).

Strumento psicometrico

È stato utilizzato il PGWBI, un questionario HRQoL a 22 item. Lo strumento psicometrico è stato sviluppato negli Stati Uniti ed è stato successivamente testato in altri Paesi su ampi campioni

della popolazione generale e su gruppi specifici di pazienti e popolazione, tra cui atleti e sportivi con disabilità. Come già accennato, il punteggio del questionario si traduce in sei domini, ognuno dei quali è composto da tre-cinque item. Ogni item è valutato su una scala di tipo Likert da 0 (l'opzione più negativa) a 5 (l'opzione più positiva); il punteggio globale di sintesi riflette il disagio grave tra 0 e 60, mentre riflette il disagio moderato e i livelli di benessere positivo tra 61 e 72 e tra 73 e 110 punti, rispettivamente, con un massimo di 110 punti, che rappresenta il miglior livello di benessere edonico raggiungibile.

Analisi statistica

I dati sono stati analizzati in termini di skewness, kurtosis e distribuzione normale. Sono state effettuate statistiche descrittive, calcolando medie, deviazioni standard e mediane. Sono state valutate anche le proprietà psicometriche dello strumento, compresa l'alfa di Cronbach. Sono state condotte analisi univariate e multivariate per far luce sui determinanti del benessere tra gli atleti con disabilità. Sono stati eseguiti diversi modelli e il migliore è stato selezionato in base alla devianza, al criterio di informazione di Akaike (AIC), al criterio di informazione bayesiano (BIC), all' R^2 di McFadden, allo pseudo- R^2 di Nagelkerke, all' R^2 di Cox e Snell e al test chi-quadro del modello complessivo. Sono state calcolate anche le dimensioni degli effetti. Tutte le analisi sono state effettuate utilizzando il "Pacchetto statistico per le scienze sociali" (SPSS per Windows, versione 26.0, Armonk, IBM, NY, USA). Un cut-off di 0,05 è stato considerato per la significatività statistica.

RISULTATI

Partecipanti allo studio

Nel presente studio sono stati arruolati 1.408 partecipanti. A causa di dati mancanti (95 tra i para-atleti e 105 tra i disabili), 200 questionari sono stati scartati. Sono stati conservati i dati di 1.208 partecipanti (85,8%). I soggetti inclusi avevano un'età di $17,39 \pm 3,44$ anni (mediana 17), 705 (58,4%) maschi e 503 (41,6%) femmine, sono stati considerati nella presente analisi. 849 (70,3%) erano para-atleti, mentre i restanti 359 (29,7%) erano persone disabili che non partecipavano a sport agonistici. Secondo la disciplina para-sportiva, 105 (12,4%) erano

impegnati nella para-atletica, 78 (9,2%) nel rugby in carrozzina, 66 (7,8%) nella boccia, 61 (7,2%) nel calcio per non vedenti, 27 (3,2%) nel goalball, 31 (3,7%) nel judo, 353 (41,6%) nel para-nuoto, 33 (3,9%) nel para-tennis, 20 (2,4%) nel para-vela e 75 (8,8%) nel basket in carrozzina.

In termini di provenienza geografica, 294 (24,3%) provenivano dall'Europa occidentale, 449 (37,2%) dall'Europa meridionale, 381 (31,5%) dall'Europa settentrionale e 84 (7,0%) dall'Europa centro-orientale. 819 (67,8%) e 389 (32,2%) provenivano rispettivamente da ambienti urbani e rurali. La disabilità/invalidità era congenita in 830 casi (68,7%) e acquisita in 378 casi (31,3%). Era muscoloscheletrica in 370 casi (30,6%), sensoriale in 148 casi (12,3%), neurologica in 589 casi (48,8%) e intellettuale/relazionale in 101 casi (8,4%). In 362 casi (30,0%), il partecipante ha richiesto aiuto per la compilazione del questionario. 274 (22,7%) hanno compilato il questionario durante il periodo di competizione.

Benessere psicologico generale

I punteggi del PGWBI suddivisi in base a ciascun dominio per l'intera popolazione dello studio sono riportati nella Tabella 1. 461 (38,2%) della popolazione hanno mostrato benessere, mentre 206 (17,1%) e 541 (44,8%) hanno mostrato rispettivamente disagio moderato e grave. Stratificando in base al tipo di popolazione, 419 (49,4%) para-atleti hanno riferito benessere, 161 (19,0%) e 269 (31,7%) hanno manifestato un disagio moderato e grave. 42 (11,7%) persone disabili hanno riferito benessere, 45 (12,5%) hanno manifestato un disagio moderato e 272 (75,8%) un disagio grave.

Determinanti del benessere psicologico generale

Nelle analisi univariate (Tabelle 3 e 4), per quanto riguarda il punteggio complessivo del PGWB, la para-atletica e il para-nuoto hanno riportato il valore più alto, mentre la pallacanestro in carrozzina ha prodotto un valore intermedio e il resto il valore più basso. Oltre alle discipline para-sportive, anche la natura della disabilità/implementazione (congenita o acquisita) è risultata statisticamente significativa. Nell'analisi multivariata, la natura della disabilità è risultata statisticamente significativa,

con i soggetti con disabilità acquisita che hanno riportato un benessere inferiore (OR 0,19 [0,13-0,26], $p < 0,001$). Coloro che partecipavano a competizioni di basket in carrozzina, para- atletica e para-nuoto avevano una maggiore probabilità di riferire benessere (OR 51,51 [95%CI 26,51-104,0,3], $p < 0,001$; OR 47,93 [95%CI 26,66-89,55], $p < 0,001$; e OR 46.51 [95%CI 30,37-72,40], $p < 0,001$), mentre coloro che erano impegnati nel rugby su sedia a rotelle mostravano un benessere inferiore rispetto alle loro controparti che non partecipavano a sport agonistici (OR 0,46 [95%CI 0,22-0,91], $p = 0,032$).

Tabella 1. Vengono presentati i punteggi del "Psychological General Well-Being Index" (PGWBI), suddivisi in base ai domini del PGWBI nella popolazione complessiva dello studio.

Dominio PGWBI	Popolazione con disabilità
Punteggio di ansia	15.41±4.82
Punteggio dell'umore depresso	9.38±3.63
Punteggio di benessere positivo	10.56±3.99
Punteggio di autocontrollo	8.59±3.47
Punteggio di vitalità	12.25±3.73
Punteggio di salute generale	9.91±3.28
Punteggio sintetico PGWBI	66.10±18.35

Tabella 2. L'"Indice di benessere psicologico generale" (PGWBI) attribuisce un punteggio a ciascun dominio del PGWBI, suddiviso in base al tipo di popolazione (disabili e para-atleti). Le differenze per tutte le variabili sono estremamente significative ($p < 0,001$).

Dominio PGWBI	Persone con disabilità	Para-atleti
Punteggio di ansia	12.14±4.28	16.79±4.34
Punteggio dell'umore depresso	7.51±2.96	10.18±3.60
Punteggio di benessere positivo	8.07±2.94	11.62±3.90
Punteggio di autocontrollo	6.72±2.70	9.39±3.46
Punteggio di vitalità	9.75±2.90	13.30±3.54
Punteggio di salute generale	7.92±3.00	10.75±3.02
Punteggio sintetico PGWBI	52.11±15.16	72.02±16.25

Tabella 3. Punteggi dell'"Indice di benessere psicologico generale" (PGWBI) per ciascun dominio del PGWBI, suddivisi in base alle variabili socio-demografiche/cliniche.

Variabile socio-demografica/clinica	Punteggio di ansia	Punteggio dell'umore depresso	Punteggio di benessere positivo	Punteggio di autocontrollo	Punteggio di vitalità	Punteggio di salute generale	Punteggio sintetico PGWBI
Sesso/genere							
Donna	15.41±4.67	9.53±3.59	10.49±3.97	8.72±3.37	11.89±3.63	9.86±3.38	65.89±18.45
Uomo	15.41±4.92	9.28±3.67	10.61±4.01	8.51±3.54	12.50±3.79	9.94±3.20	66.26±18.29
Età							
11-17	16.07±4.87	9.75±3.67	11.02±3.98	8.93±3.51	12.61±3.73	10.16±3.30	68.54±18.49
18-23	14.67±4.65	8.97±3.55	10.05±3.94	8.22±3.39	11.84±3.70	9.62±3.24	63.37±17.81
Tipo di disabilità							
Muscoloscheletrico	15.52±4.87	9.42±3.59	10.44±4.19	8.60±3.59	12.49±3.80	10.37±3.32	66.84±18.79
Sensoriale	14.95±4.61	8.64±3.80	10.39±3.87	8.51±3.09	12.03±3.55	9.51±3.12	64.01±17.17
Neurologico	15.24±4.78	9.21±3.55	10.30±3.81	8.46±3.42	11.88±3.65	9.49±3.20	64.59±17.77
Intellettuale-relazionale	16.62±4.99	11.36±3.38	12.81±3.77	9.51±3.76	13.82±3.80	11.22±3.27	75.34±19.01
Disabilità congenita	16.16±4.58	9.87±3.56	11.20±3.93	9.06±3.48	12.92±3.59	10.28±3.21	69.48±17.63
Disabilità acquisita	13.77±4.94	8.33±3.58	9.17±3.76	7.58±3.23	10.77±3.63	9.09±3.29	58.70±17.71

Tabella 4. Punteggi dell'"Indice di benessere psicologico generale" (PGWBI) per ciascun dominio del PGWBI, suddivisi per disciplina para-sportiva.

Disciplina parasportiva	Punteggio di ansia	Punteggio dell'umore depresso	Punteggio di benessere positivo	Punteggio di autocontrollo	Punteggio vitale	Punteggio di salute generale	Punteggio sintetico PGWBI
Para-atletica	18.54±4.16	7.51±2.96	13.42±3.44	11.16±2.62	14.42±3.31	12.13±2.54	82.03±14.06
Rugby in carrozzina	14.27±5.22	12.35±2.17	7.12±3.28	4.77±2.01	12.68±4.37	10.44±3.02	54.59±6.26
Boccia	12.88±2.97	5.32±1.98	10.53±2.33	7.85±1.96	10.94±2.16	8.09±1.92	58.48±8.69
Calcio cieco	16.36±4.19	8.20±2.01	8.66±3.05	5.80±2.05	12.20±3.46	7.89±2.59	56.98±6.83
Goalball	13.78±2.29	6.08±1.70	9.89±3.43	7.89±2.49	12.37±2.76	8.19±1.90	59.07±4.59
Judo	13.71±3.38	6.96±2.92	10.94±3.24	7.45±2.28	11.84±3.12	7.87±2.11	58.58±6.07
Para-nuoto	18.33±3.69	6.77±2.67	13.25±3.39	11.20±2.70	14.04±3.47	11.99±2.23	81.19±13.32
Para-tavolo	14.52±4.06	12.37±2.13	9.27±3.07	6.33±2.10	13.18±3.13	7.24±2.56	56.64±6.04
Para-vela	14.85±3.23	7.20±4.21	7.90±2.15	6.70±3.45	11.70±3.53	8.40±4.04	56.75±7.08
Pallacanestro in carrozzina	17.39±3.63	12.11±2.11	12.39±3.33	10.81±2.61	13.32±3.25	12.21±2.29	78.21±12.31

Tabella 5. Modello di regressione multivariabile che mette in luce i predittori del punteggio sintetico dell'indice di benessere psicologico generale (PGWBI).

Predittore	Stima	Intervallo di confidenza al 95%		SE	Z	p- value	Rapporto di probabilit à	Intervallo di confidenza al 95%	
		Più basso	Superior e					Più basso	Superior e
Età	- 0.029 5	- 0.066 4	0.00804	0.018 8	-1.5662	0.11 7	0.971	0.936	1.008
Sesso/genere									
Maschio (vs. femmina)	0.106 7	- 0.182 0	0.39666	0.147 5	0.7237	0.46 9	1.113	0.834	1.487
Paese/provenienza geografica									
Europa meridionale (vs. Europa occidentale)	0.313 1	- 0.052 5	0.68159	0.187 1	1.6732	0.09 4	1.368	0.949	1.977
Europa settentrionale (vs. Europa occidentale)	0.282 3	- 0.088 1	0.65415	0.189 2	1.4919	0.13 6	1.326	0.916	1.924
Europa centro-orientale (rispetto all'Europa occidentale)	0.069 0	- 0.529 2	0.65391	0.301 2	0.2291	0.81 9	1.071	0.589	1.923
Stato socioeconomico									
Urbano (vs. rurale)	- 0.114 9	- 0.415 3	0.18483	0.153 0	-0.7511	0.45 3	0.891	0.660	1.203
Tipo di disabilità									

Predittore	Stima	Intervallo di confidenza al 95%		SE	Z	p-value	Rapporto di probabilità	Intervallo di confidenza al 95%	
		Più basso	Superiore					Più basso	Superiore
Sensoriale (vs. muscoloscheletrico)	- 0.098 1	- 0.717 5	0.52193	0.315 8	-0.3108	0.75 6	0.907	0.488	1.685
Neurologico (vs. muscoloscheletrico)	0.017 1	- 0.319 7	0.35511	0.172 0	0.0992	0.92 1	1.017	0.726	1.426
Intellettuale-relazionale (vs. muscoloscheletrico)	0.358 2	- 0.300 5	1.02543	0.338 0	1.0597	0.28 9	1.431	0.740	2.788
Amministrazione									
Con aiuti (vs. senza aiuti)	0.310 6	- 0.089 9	0.71111	0.204 2	1.5214	0.12 8	1.364	0.914	2.036
Classificazione della disabilità									
Acquisita (vs. congenita)	- 1.689 4	- 2.028 0	-1.36223	0.169 7	-9.9557	< .001	0.185	0.132	0.256
Tempi di somministrazione									
Durante la competizione (vs. al di fuori della competizione)	0.214 7	- 0.178 5	0.61103	0.201 2	1.0674	0.28 6	1.240	0.836	1.842
Disciplina parasportiva									
Para-atletica (vs. nessun para-sport competitivo)	3.869 8	3.283 1	4.49479	0.308 3	12.551 4	< .001	47.931	26.65 8	89.549

Predittore	Stima	Intervallo di confidenza al 95%		SE	Z	p- value	Rapporto di probabilit à	Intervallo di confidenza al 95%	
		Più basso	Superior e					Più basso	Superior e
Rugby su sedia a rotelle (vs. nessun parasportivo competitivo)	- 0.772 2	- 1.517 6	-0.09251	0.361 1	-2.1384	0.03 2	0.462	0.219	0.912
Boccia (vs. nessun para- sport competitivo)	0.398 1	- 0.240 5	1.02024	0.320 9	1.2407	0.21 5	1.489	0.786	2.774
Calcio per non vedenti (vs. nessun para- sport competitivo)	- 0.214 5	- 0.885 1	0.41560	0.330 1	-0.6496	0.51 6	0.807	0.413	1.515
Goalball (vs. nessun para- sport competitivo)	- 0.400 1	- 1.442 8	0.57157	0.509 9	-0.7846	0.43 3	0.670	0.236	1.771
Judo (<i>contro</i> nessun parasport competitivo)	0.557 0	- 0.316 0	1.41534	0.440 3	1.2652	0.20 6	1.745	0.729	4.118
Para-nuoto (vs. nessun para-sport agonistico)	3.839 6	3.413 5	4.28223	0.221 5	17.337 1	< .001	46.505	30.37 2	72.401
Para-table- tennis (vs. nessun para- sport competitivo)	- 0.424 4	- 1.397 0	0.43113	0.460 3	-0.9220	0.35 7	0.654	0.247	1.539
Para-vela (vs. nessun para- sport competitivo)	- 0.459 2	- 1.771 6	0.64123	0.601 3	-0.7637	0.44 5	0.632	0.170	1.899
Pallacanestro in carrozzina (vs. nessun sport paralimpico competitivo)	3.941 8	3.277 3	4.64466	0.348 0	11.327 5	< .001	51.510	26.50 5	104.028

DISCUSSIONE

Nel presente studio, abbiamo riscontrato che i para-atleti hanno riportato livelli di benessere edonico soggettivo (SHWB) più elevati rispetto alle loro controparti che non praticano para-sport a livello agonistico. Nelle analisi univariate, per quanto riguarda il punteggio complessivo del PGWBI, la para-atletica e il para-nuoto hanno riportato il valore più alto, mentre la pallacanestro in carrozzina ha prodotto un valore intermedio e il resto il valore più basso. Oltre alle discipline para-sportive, anche la natura della disabilità/impedimento (congenita o acquisita) è risultata significativa. Nell'analisi multivariata, la natura della disabilità/invalidità è risultata statisticamente significativa, con i soggetti con disabilità acquisita che hanno riportato un benessere inferiore. I partecipanti alle competizioni di basket in carrozzina, para-atletica e para-nuoto avevano una maggiore probabilità di dichiarare benessere, mentre quelli impegnati nel rugby in carrozzina mostravano un benessere inferiore rispetto ai controlli.

Precedenti ricerche (osservazionali o interventistiche) condotte su atleti normodotati e sulla popolazione generale hanno sottolineato il valore di diverse forme di attività fisica, non strutturata o strutturata (tra cui l'esercizio fisico e lo sport), in termini di promozione e miglioramento di varie componenti del benessere e dell'autopercezione fisica, con un "effetto moltiplicatore": l'impegno migliora la salute e il benessere generale che, a sua volta, incoraggia un'ulteriore partecipazione sportiva, con conseguenti ulteriori miglioramenti della salute e del benessere generale, dando vita a un circolo virtuoso. Sono

stati riscontrati miglioramenti del benessere sia edonico che eudaimonico. Per esempio, Edwards et al. hanno esplorato la relazione tra gli sport che comportano diversi tipi di esercizio fisico regolare, come l'hockey e le attività dei club di salute (sport di squadra e individuali che comportano rispettivamente esercizio aerobico e di resistenza), e la salute mentale e fisica. Gli autori hanno misurato il benessere eudaimonico, utilizzando il quadro concettuale di Ryff. Gli autori hanno reclutato e confrontato 60 giocatori universitari di hockey, 27 membri di club della salute e 111 studenti che non praticavano attività fisica. Quest'ultima popolazione è risultata avere una minore percezione del benessere e dell'autostima fisica. Concentrandosi specificamente sul SHWB, Wilson et al. hanno valutato quantitativamente la correlazione tra partecipazione sportiva e benessere in coorti di adolescenti (di età compresa tra gli 11 e i 17 anni), in Nuova Zelanda. Il benessere edonico è stato valutato utilizzando un singolo item classificato su una scala Likert a 10 punti che va da 1 ("molto infelice") a 10 ("molto felice"), seguendo le linee guida dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) sulla misurazione del benessere edonico. È emerso che un migliore benessere edonico è associato alla partecipazione a qualsiasi sport *rispetto a* nessuno. Da notare che il benessere non era associato alla partecipazione all'educazione fisica o allo sport *individuale*. Durante la pandemia di "Coronavirus 2019" (COVID-19), ancora in corso, gli studenti sportivi hanno mostrato livelli più elevati di SHWB (aumento degli affetti positivi e riduzione degli

affetti negativi), rispetto agli studenti di musica. Sono stati identificati diversi parametri che mediano il legame tra partecipazione sportiva e SHWB, tra cui l'età, il sesso/genere, il reddito, lo stato relazionale, l'intensità e la durata dell'attività fisica. Nel complesso, l'attività fisica è risultata correlata agli affetti positivi, ma non agli affetti negativi, migliorando la SHWB, con effetti coerentemente dimostrati in tutte le fasce d'età e in una varietà di contesti (sport individuali o di squadra, intensità leggera o moderata e intensa, esercizio aerobico o anaerobico e misto) e livelli di fitness precedenti.

Per quanto riguarda specificamente gli sport agonistici, alcuni studi hanno individuato alcune associazioni tra SHWB e parametri legati allo sport, come il carico di allenamento, lo stress indotto dall'allenamento, il luogo della partita, il risultato e la qualità dell'avversario durante una partita di calcio, nonché l'identificazione sociale con le squadre sportive universitarie. In generale, gli autori hanno utilizzato questionari sviluppati internamente, con alcuni studi che hanno utilizzato strumenti affidabili integrati dall'uso di misure oggettive.

Si sa meno dell'impatto della partecipazione sportiva sul benessere della popolazione disabile, anche se un crescente numero di ricerche scientifiche ha dimostrato che la pratica di sport a livello agonistico come quelli paralimpici, direttamente e indirettamente (attraverso le relative caratteristiche emotive, motivazionali e sociali che caratterizzano l'ambiente sportivo), potrebbe contribuire maggiormente al SHWB e PSWB degli individui con disabilità, aiutandoli a crescere e ad affrontare le

sfide della vita, favorendo l'accettazione del proprio stato di salute, l'assunzione di responsabilità e il raggiungimento di obiettivi personali.

Precedenti indagini specificamente incentrate sul benessere psicologico ed emotivo percepito dai para-atleti rispetto ai disabili che non praticano sport agonistici hanno evidenziato un maggiore benessere della prima popolazione, sottolineando la forza degli sport agonistici, che sono in grado di agire su diverse aree quali i) la sfera emotiva, attraverso l'esperienza del raggiungimento di un obiettivo predeterminato; ii) la sfera motivazionale, attraverso la possibilità di competere lealmente con avversari con lo stesso grado di funzionalità; e, iii) la sfera sociale, attraverso l'instaurazione di relazioni interpersonali durature e significative all'interno della squadra e del fisico attraverso la massimizzazione delle capacità motorie residue e lo sviluppo di nuove abilità.

Ad esempio, è stato dimostrato che i para-sport come il para-nuoto sono utili per facilitare l'accettazione di sé e della società, per sviluppare l'identità e un senso di normalizzazione, per migliorare la qualità della vita, per ridurre l'ansia e per aumentare l'autostima.

Questi risultati sono paragonabili a precedenti indagini condotte su partecipanti a competizioni sportive su sedia a rotelle (come basket, tennis e rugby). I ricercatori hanno scoperto che i para-atleti hanno tassi più bassi di depressione, tensione, rabbia e confusione, oltre a un aumento della soddisfazione di vita ed a

percezioni più positive della propria salute e del proprio benessere rispetto ai partecipanti non para-sportivi.

Un'indagine pubblicata di recente ha studiato 31 dei 33 atleti della squadra paralimpica portoghese (di età pari a $34,45 \pm 11,7$ anni, 21 uomini e 10 donne), che partecipano a diverse discipline para-sportive (ovvero para-atletica, para-badminton, boccia, para-canoa, para-ciclismo, equitazione, judo e para-nuoto). I risultati hanno evidenziato alti valori di soddisfazione della vita, alti livelli di affetti positivi e bassi livelli di affetti negativi. Inoltre, gli autori sono stati in grado di riferire alti livelli di resilienza e supporto sociale.

Tuttavia, l'ambiente sportivo estremamente competitivo può presentare diversi fattori di stress specifici per lo sport e per la disabilità, potenzialmente dannosi per il benessere personale. Ad esempio, le metodologie di allenamento in termini di volumi, intensità e recuperi dei para-atleti sono molto simili a quelle degli atleti normali, anche se ogni tipo di disabilità può rispondere in modo diverso al carico di allenamento, e questo può portare a sovrallenamento, burnout, dolore e infortuni. Inoltre, i frequenti spostamenti, spesso difficili dal punto di vista logistico, possono portare a maggiori livelli di stress psicologico, riduzione della quantità (ore) e della qualità del sonno e disturbi alimentari.

Inoltre, esiste la possibilità che un para-atleta venga assegnato a una classe para-sportiva funzionale non corretta, il che potrebbe causare frustrazione, scarsa soddisfazione sportiva e, in alcuni casi, il ritiro dalle competizioni.

Infine, è dimostrato che la partecipazione a sport competitivi ha un impatto sull'identità atletica delle persone con disabilità. Percepirsi esclusivamente come atleta implica non solo aspetti positivi come la motivazione, l'orientamento agli obiettivi e il senso di empowerment, ma anche aspetti negativi come l'esclusività (cioè l'incapacità di identificarsi con altri ruoli) e l'affettività negativa (cioè le risposte emotive negative a infortuni, ritiri o altre fonti). Sebbene ipotizziamo che questi fattori abbiano un'influenza e possano spiegare i nostri risultati, tutti questi parametri dovrebbero essere indagati formalmente in futuri studi di alta qualità.

Limiti e punti di forza

I limiti del presente studio includono il suo disegno trasversale, l'uso di misure self-report che possono comportare bias di segnalazione e ricordo e la mancanza di misure oggettive. Diverse discipline parasportive non sono rappresentate e alcune di quelle rappresentate potrebbero essere sottorappresentate. D'altra parte, alcuni punti di forza che dovrebbero essere riconosciuti sono l'ampia dimensione del campione, la natura transnazionale dell'indagine, l'alto tasso di ritenzione dello studio, un protocollo di studio *a priori* che è stato sviluppato e pubblicato in un articolo peer-reviewed, e un'analisi statistica completa ed estesa dei dati raccolti. Inoltre, mentre diversi studi esistenti non si basano su una precisa teoria/quadro psicologico del benessere e alcuni di essi non riescono a coglierne la natura multidimensionale, utilizzando strumenti costituiti da un singolo

item o da pochi item, noi abbiamo testato il benessere degli atleti e dei para-atleti disabili utilizzando uno strumento teoricamente fondato, psicometricamente solido e multiforme, anche se non specificamente ideato per le persone disabili e i para-atleti.

Conclusioni e direzioni future

Questo studio ha contribuito a una migliore comprensione del benessere edonico tra i giovani para-atleti. Tuttavia, studi futuri dovrebbero chiarire le relazioni tra benessere edonico ed eudaimonico in questa specifica popolazione, soprattutto da una prospettiva longitudinale (piuttosto che trasversale). Le indicazioni future includono anche l'indagine dei percorsi meccanici che possono collegare la pratica sportiva con i risultati del benessere nella popolazione disabile. Questi studi dovrebbero adottare una prospettiva più multidimensionale, cercando di districare le complessità sottostanti a costrutti sovrapposti/complementari come il benessere (GWB, edonico/SHWB, eudaimonico/PSWB e benessere oggettivo/contestuale), la qualità della vita, HRQoL, il funzionamento umano e HRHF.

Attualmente è urgente una mappa/taxonomia completa, concettualmente e teoricamente fondata e scientificamente valida, di una serie di "meta-costrutti" o "meta-categorie" legati alla salute (benessere, condizione di salute/stato di salute, funzionamento umano, malattia/patologia, disabilità, ecc. Dovrebbe essere condotto un esercizio di mappatura/scopia per identificare le definizioni operative di queste identità/meta-

identità, la loro gerarchia concettuale e la loro granularità e complessità, in termini di vari (sotto)domini, (sotto)dimensioni e (sotto)sfaccettature. Questo dovrebbe portare a un quadro di riferimento incentrato sulla persona "che va dalla malattia/malattia alla buona salute/benessere e che incorpora tutti i principali aspetti del benessere nella sua mappa concettuale preliminare: polarità positiva e negativa, stato di salute e funzionamento, esperienze di salute e fattori che contribuiscono alla cattiva e alla buona salute".

Mancano ancora ontologie della salute, della malattia e della disabilità veramente inclusive, con la salute e il benessere solitamente intesi come concetti normativi, piuttosto che fondanti. Mancano anche strumenti per valutare il benessere delle persone con disabilità. Un importante passo avanti è rappresentato dal modulo "Qualità di vita dell'Organizzazione Mondiale della Sanità" (WHOQOL) per le persone con disabilità fisiche e intellettive. Inoltre, questi costrutti possono essere integrati dalla valutazione del cosiddetto "benessere oggettivo" e dei costrutti correlati, come il benessere umano e le capacità. Nel caso specifico dei soggetti disabili, le scale oggettive comprendono l'indice di Karnofsky, introdotto in ambito sanitario per valutare quantitativamente il performance status dei pazienti affetti da neoplasie e delle persone con disabilità, gli indici clinici delle "Activities of Daily Living" (ADL) e la "World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0" (WHODAS 2.0).

Ciò farebbe progredire la nostra comprensione della disabilità e aiuterebbe e informerebbe la progettazione e l'implementazione di interventi basati sui dati e finalizzati a migliorare e incrementare il benessere, la qualità della vita e il funzionamento delle persone disabili. La comprensione dello stato di disabilità e del benessere associato può aiutare i responsabili delle politiche e delle decisioni, nonché i fornitori di servizi, a ideare programmi adeguati ed efficaci. Attualmente esistono solo poche scale che valutano il GWB nelle persone disabili da un punto di vista sia soggettivo che oggettivo, tra cui la "Integral Quality of Life Scale", composta da otto domini principali (autodeterminazione, diritti, benessere emotivo, inclusione sociale, sviluppo personale, relazioni interpersonali, benessere materiale e benessere fisico), che tuttavia è stata sviluppata e testata su persone con disabilità intellettiva. A questi domini, Davidson et al. hanno aggiunto i seguenti: ambiente, famiglia, attività ricreative e del tempo libero e sicurezza. Infine, le ontologie e le mappe semantiche relative alla salute, al benessere e alla disabilità possono essere "tradotte" e "adattate" all'ambito sportivo e collegate alle ontologie e alle mappe semantiche relative allo sport, per assistere gli scienziati e i manager dello sport, gli istruttori e gli allenatori nello sviluppo di strategie di allenamento adeguate.

Bibliografia tesi:

Sørensen, M. (2003). Integration in sport and empowerment of athletes with a disability. *European Bulletin of Adapted Physical Activity*, 2(2), 1-15.

Cottini, L. (2007). Tempo libero, integrazione e qualità della vita per la persona con disabilità mentale: il ruolo della pratica sportiva. *L'integrazione scolastica e sociale*, 6(4), 314-319.

Ruggerini C, Vezzosi F, Dalla Vecchia A. (2008) Prendersi cura della disabilità intellettiva Coordinate OMS, buone prassi, storie di vita, Trento, ed. Erickson.

Bronstein, M.H., Davidson, L., Keyes, C.L.M., Moore, K.A. & The Centre for Child Well-Being (Eds.) (2003). Well-being. Positive development across the life course. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Delle Fave, A., (2004). Editorial : Positive Psychology and the pursuit of complexity. *Ricerche di Psicologia, Special Issue on Positive Psychology*, 27, 7-12.

Kahneman, D., Diener, E., & Schwarz, N. (eds.) (1999). Well-being: the foundations of hedonic psychology. New York: Russel Sage Foundation.

Nussbaum, M. & Sen, A. (Eds.). (1993). The quality of life (pp. 242-269). Helsinki: United Nation University and WIDER.

Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.

Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

Abbott W, Brownlee TE, Harper LD, Naughton RJ, Clifford T. Gli effetti indipendenti del luogo della partita, del risultato e

della qualità dell'avversario sul benessere soggettivo dei calciatori under 23: un caso di studio. *Res Sports Med.* 2018 Jul-Sep;26(3):262-275. doi: 10.1080/15438627.2018.1447476.

Epub 2018 Mar 4. PMID: 29502448.

Ascione A, Belfiore P, Di Palma D. Programma sportivo per promuovere il benessere delle persone con disabilità. *Acta Medica Mediterranea* 2018;34:1261-1263.

Buecker S, Simacek T, Ingwersen B, Terwiel S, Simonsmeier BA. Attività fisica e benessere soggettivo in individui sani: una revisione meta-analitica. *Health Psychol Rev.* 2021 Dec;15(4):574-592. doi: 10.1080/17437199.2020.1760728.

Dec;15(4):574-592. doi: 10.1080/17437199.2020.1760728.

Publicato il 10 giugno 2020. PMID: 32452716.

Cooke PJ, Melchert TP, Connor K. Misurare il benessere: Una revisione degli strumenti. *The Counseling Psychologist* 2016;44(5):730-757.

Diener E. Benessere soggettivo. *Psychol Bull.* 1984 maggio; 95(3):542-75. PMID: 6399758.

Downward P, Hallmann K, Rasciute S. Esplorare l'interrelazione tra sport, salute e risultati sociali nel Regno Unito: implicazioni per la politica sanitaria. *Eur J Public Health.* 2018 Feb 1;28(1):99-104. doi: 10.1093/eurpub/ckx063. PMID: 28510694.

Dupuy HJ. L'indice di benessere psicologico generale (PGWB). In *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies*. In: Wenger NK, Mattson ME, Furburg CD, Elinson J, eds. *L'indice di benessere psicologico generale (PGWB)*. In *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies*. New York: New York. Le Jacq Publishing; 1984:170-183.

Fessi MS, Nourira S, Dellal A, Owen A, Elloumi M, Moalla W. Cambiamenti dello stato psicofisico e della sensazione di benessere dei giocatori di calcio professionisti durante i periodi di pre-campionato e in stagione. *Res Sports Med.* 2016 Oct-Dec;24(4):375-386. doi: 10.1080/15438627.2016.1222278.

Epub 2016 Aug 30. PMID: 27574867.

Fessi MS, Moalla W. Perceived Exertion, Feeling e Wellness post partita nei giocatori di calcio professionisti. *Int J Sports Physiol Perform.* 2018 May 1;13(5):631-637. doi:

10.1123/ijsp.2017-0725. Epub 2018 May 22. PMID: 29345537.

Filbay S, Pandya T, Thomas B, McKay C, Adams J, Arden N. Qualità della vita e soddisfazione della vita negli ex atleti: Una revisione sistematica e una meta-analisi. *Sports Med.* 2019 Nov;49(11):1723-1738. doi: 10.1007/s40279-019-01163-0. PMID: 31429036; PMCID: PMC6789047.

Fiorilli G, Iuliano E, Aquino G, Battaglia C, Giombini A, Calcagno G, di Cagno, A. Salute mentale e capacità di partecipazione sociale dei giocatori di basket in carrozzina: uno studio controllato. *Research in Developmental Disabilities* 2013;34(11):3679-85. doi: 10.1016/j.ridd.2013.08.023.

Giles S, Fletcher D, Arnold R, Ashfield A, Harrison J. Misurare il benessere negli atleti sportivi: Dove siamo ora e come progredire? *Sports Med.* 2020 Jul;50(7):1255-1270. doi: 10.1007/s40279-020-01274-z. PMID: 32103451; PMCID: PMC7305091.

Graupensperger S, Panza MJ, Budziszewski R, Evans MB. Crescere in "noi": Le traiettorie di identificazione sociale con le squadre sportive universitarie predicono il benessere soggettivo. *Psicologia applicata. Health and Well-Being* 2020;12(3):787-807. <https://doi.org/10.1111/aphw.12207>.

Habe K, Biasutti M, Kajtna T. Benessere e flusso negli studenti di sport e musica durante la pandemia COVID-19. *Think Skills Creat.* 2021 Mar;39:100798. doi: 10.1016/j.tsc.2021.100798. Pubblicato il 10 febbraio 2021. PMID: 33589864; PMCID: PMC7874927.

Hernández-Segura N, Marcos-Delgado A, Pinto-Carral A, Fernández-Villa T, Molina AJ. Strumenti per la qualità della vita correlata alla salute (HRQOL) e mobilità: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Dec 8;19(24):16493. doi: 10.3390/ijerph192416493. PMID: 36554369; PMCID: PMC9779526.

Jefferies P, Gallagher P, Dunne S. L'atleta paralimpico: una revisione sistematica della letteratura psicosociale. *Prosthet Orthot Int.* 2012 Sep;36(3):278-89. doi: 10.1177/0309364612450184. PMID: 22918904.

Kim ES, Chen Y, Nakamura JS, Ryff CD, VanderWeele TJ. Senso di scopo nella vita e conseguente salute fisica, comportamentale e psicosociale: Un approccio globale. *Am J Health Promot.* 2022 Jan;36(1):137-147. doi:

- 10.1177/08901171211038545. Pubblicato il 2021 agosto 18.
PMID: 34405718; PMCID: PMC8669210.
- Kiuppis F. Inclusione nello sport: disabilità e partecipazione.
Sport in Society 2018;21(1):4-21.
- Kokaridas D, Perkos S, Harbalis T, Koltsidas E. Orientamento sportivo e identità atletica dei giocatori greci di basket in carrozzina. *Perceptual and Motor Skills* 2009;109(3):887-898.
- Krahn GL, Walker DK, Correa-De-Araujo R. Le persone con disabilità come popolazione a disparità sanitaria non riconosciuta. *Am J Public Health*. 2015 Apr;105 Suppl 2(Suppl 2):S198-206. doi: 10.2105/AJPH.2014.302182. Epub 2015 Feb 17. PMID: 25689212; PMCID: PMC4355692.
- Li B, Ding C, Fan F, Shi H, Guo L, Yang F. Associazioni tra profili psicologici e successo nelle prestazioni tra atleti professionisti di taekwondo in Cina: A Multidimensional Scaling Profile Analysis. *Front Psychol*. 2020 May 15;11:822. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00822. PMID: 32499737; PMCID: PMC7242764.
- Litchke LG, Hodges JS, Schmidt EA, Lloyd LK, Payne E, Russian CJ. Significato personale della partecipazione al rugby in carrozzina da parte di cinque atleti maschi. *Rivista di ricreazione terapeutica* 2012;46:26-41
- Lundqvist C. Benessere nello sport agonistico: il fattore benessere? Una revisione della considerazione concettuale del benessere. *International Review of Sport and Exercise Psychology* 2011;4:109-127.
- Lundqvist C, Sandin F. Benessere nello sport d'élite: Dimensioni del benessere edonico ed eudaimonico tra gli orientisti d'élite a livello globale e specifico dello sport. *The Sport Psychologist* 2014;28(3):245-254.
- Macdougall H, O'Halloran P, Shields N, Sherry E. Confronto tra il benessere degli atleti di sport paralimpici e olimpici: A Systematic Review. *Adapt Phys Activ Q*. 2015 Jul;32(3):256-76. doi: 10.1123/APAQ.2014-0168. PMID: 26113553.
- Mack DE, Wilson PM, Gunnell KE, Gilchrist JD, Kowalski KC, Crocker PRE. Attività fisica che migliora la salute: Associazioni con i marcatori del benessere. *Applied Psychology: Health and Well-Being* 2012;4(2):127-150.

Maugeri G, Castrogiovanni P, Battaglia G, Pippi R, D'Agata V, Palma A, Di Rosa M, Musumeci G. L'impatto dell'attività fisica sulla salute psicologica durante la pandemia di Covid-19 in Italia. *Heliyon*. 2020 Jun 24;6(6):e04315. doi: 10.1016/j.heliyon.2020.e04315. PMID: 32613133; PMCID: PMC7311901.

Mira T, Monteiro D, Costa AM, Morouço P, Matos R, Antunes R. Tokyo 2020: Una caratterizzazione sociodemografica e psicosociale della squadra paralimpica portoghese. Assistenza sanitaria (Basilea). 2022 Jun 24;10(7):1185. doi: 10.3390/healthcare10071185. PMID: 35885712; PMCID: PMC9316738.

Nobari H, Alves AR, Haghighi H, Clemente FM, Carlos-Vivas J, Pérez-Gómez J, Ardigò LP. Associazione tra carico di allenamento e misure di benessere in giovani calciatori durante una stagione. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Apr 22;18(9):4451. doi: 10.3390/ijerph18094451. PMID: 33922250; PMCID: PMC8122726.

Pack S, Kelly S, Arvinen-Barrow M. "Penso di essere diventato un nuotatore piuttosto che solo qualcuno con una disabilità che nuota su e giù": la percezione di sé e lo sviluppo dell'identità da parte degli atleti paralimpici. *Disability and Rehabilitation* 2017;39:2063-70.

<http://doi.org/10.1080/09638288.2016.1217074>.

Puce L, Marinelli L, Mori L, Pallecchi I, Trompetto C. Protocollo per lo studio del benessere psicologico ed emotivo autopercepito di giovani atleti paralimpici. *Health Qual Life Outcomes*. 2017 Nov 13;15(1):219. doi: 10.1186/s12955-017-0798-2. PMID: 29132378; PMCID: PMC5683577.

Puce L, Marinelli L, Pierantozzi E, Mori L, Pallecchi I, Bonifazi M, Bove M, Franchini E, Trompetto C. Metodi di allenamento e analisi delle gare di un atleta di nuoto paralimpico di alto livello. *J Exerc Rehabil*. 2018 Aug 24;14(4):612-620. doi: 10.12965/jer.1836254.127. PMID: 30276182; PMCID: PMC6165978.

Puce L, Marinelli L, Girtler NG, Pallecchi I, Mori L, Simonini M, Trompetto C. Self-Perceived Psychophysical Well-Being of Young Competitive Swimmers With Physical or Intellectual Impairment. *Percept Mot Skills*. 2019 Oct;126(5):862-885. doi:

10.1177/0031512519865849. Epub 2019 Jul 30. PMID:
31362582.

Puce L, Okwen PM, Yuh MN, Akah Ndum Okwen G, Pambe Miong RH, Kong JD, Bragazzi NL. Benessere e qualità della vita nelle persone con disabilità che praticano sport, negli atleti con disabilità e nei para-atleti: Spunti da una revisione critica della letteratura. *Front Psychol.* 2023;14:1071656. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1071656

Ruseski JE, Humphreys BR, Hallman K, Wicker P, Breuer C. Partecipazione sportiva e benessere soggettivo: risultati a variabili strumentali dai dati di un'indagine tedesca. *Journal of Physical Activity & Health* 2014;11(2):396-403.

Ryan RM, Deci EL. Sulla felicità e le potenzialità umane: una revisione della ricerca sul benessere edonico ed eudaimonico. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:141-66. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141. PMID: 11148302.

Saw AE, Main LC, Gustin PB. Monitoraggio della risposta dell'atleta all'allenamento: misure soggettive auto-risportate contro misure oggettive comunemente utilizzate: una revisione sistematica. *Br J Sports Med.* 2016 Mar;50(5):281-91. doi: 10.1136/bjsports-2015-094758. Epub 2015 Sep 9. PMID: 26423706; PMCID: PMC4789708.

Tilly L. Consentire alle persone con disabilità di apprendimento di gestire la propria salute e il proprio benessere. *Med Confl Surviv.* 2008 Apr-Giu;24 Suppl 1:S108-13. doi: 10.1080/13623690801957471. PMID: 18771202.

Tough H, Siegrist J, Fekete C. Relazioni sociali, salute mentale e benessere nella disabilità fisica: una revisione sistematica. *BMC Public Health.* 2017 May 8;17(1):414. doi: 10.1186/s12889-017-4308-6. Erratum in: *BMC Public Health.* 2017 Jun 16;17 (1):580. PMID: 28482878; PMCID: PMC5422915.

Trigueros R, Pérez-Jiménez JM, García-Mas A, Aguilar-Parra JM, Fernandez-Batanero JM, Luque de la Rosa A, Manzano-León A, Navarro N. Adattamento e validazione del questionario sul benessere eudaimonico al contesto sportivo spagnolo. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Mar 31;18(7):3609. doi: 10.3390/ijerph18073609. PMID: 33807158; PMCID: PMC8036994.

Vandenbroucke JP, von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, Poole C, Schlesselman JJ, Egger M; STROBE Initiative. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): spiegazione ed elaborazione. *PLoS Med.* 2007 Oct 16;4(10):e297. doi: 10.1371/journal.pmed.0040297. PMID: 17941715; PMCID: PMC2020496.

Vita G, La Foresta S, Russo M, Vita GL, Messina S, Lunetta C, Mazzeo A. Attività sportiva nella malattia di Charcot-Marie-Tooth: Un caso di studio di un nuotatore paralimpico. *Neuromuscul Disord.* 2016 Sep;26(9):614-8. doi: 10.1016/j.nmd.2016.06.002. Epub 2016 Jun 7. PMID: 27460291; PMCID: PMC5026044.

Wann DL, Waddill PJ, Brasher M, Ladd S. Examining Sport Team Identification, Social Connections, and Social Well-being among High School Students. *Journal of Amateur Sport* 2015;1(2):27-50.

Watson A, Brickson S, Brooks A, Dunn W. Il benessere soggettivo e il carico di allenamento predicono il rischio di infortuni e malattie durante la stagione nelle calciatrici. *Br J Sports Med.* 2017 Feb;51(3):194-199. doi: 10.1136/bjsports-2016-096584. Epub 2016 Dec 5. PMID: 27919919.

Watson A, Brickson S. Il sonno disturbato media gli effetti negativi del carico di allenamento sul benessere soggettivo nelle giovani atlete. *Sports Health.* 2018 May/Jun;10(3):244-249. doi: 10.1177/1941738118757422. Epub 2018 Feb 8. PMID: 29420135; PMCID: PMC5958455.

Watson A, Brickson S. Relazioni tra specializzazione sportiva, sonno e benessere soggettivo nelle atlete adolescenti. *Clin J Sport Med.* 2019 Sep;29(5):384-390. doi: 10.1097/JSM.0000000000000631. PMID: 31460952.

Wilson OWA, Whatman C, Walters S, Keung S, Enari D, Chiet A, Millar SK, Ferkins L, Hinckson E, Hapeta J, Sam M, Richards J. "Balance Is Better": The Wellbeing Benefits of Participating in a Breadth of Sports across a Variety of Settings during Adolescence. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Jul 14;19(14):8597. doi: 10.3390/ijerph19148597. PMID: 35886452; PMCID: PMC9322196.

Campbell, E. (1995). Benessere psicologico dei partecipanti agli sport su sedia a rotelle: Confronto tra individui con disabilità congenite e acquisite. *Perceptual and Motor Skills*, 81(2), 563-568. <https://doi.org/10.1177/003151259508100241>

WRIGHT, B. A. (1983) *Disabilità fisiche: un approccio psicologico*. New York: Harper & Row.

Linley, P. A. e Joseph, S. (2005). La capacità umana di crescere attraverso le avversità. *The American psychologist*, 60(3), 262-267. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.3.262b>

Joseph, S. e Linley, P. A. (2005). Adattamento positivo agli eventi minacciosi: Una teoria di valorizzazione organismica della crescita attraverso le avversità. *Rivista di psicologia generale*, 9(3), 262-280. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.3.262>

Plews-Ogan, M., Ardel, M. & Owens, J. Growth through Adversity: Exploring Associations between Internal Strengths, Posttraumatic Growth, and Wisdom. *J Value Inquiry* 53, 371-391 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10790-018-9659-4>

Dehghansai, N., Lemez, S., Wattie, N., Pinder, R. A., & Baker, J. (2020). Comprendere lo sviluppo degli atleti parasportivi d'élite utilizzando un approccio vincolato: Considerazioni per allenatori e professionisti. *Frontiere della psicologia*, 11, 502981. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.502981>

Day, M. C. (2013). Il ruolo delle prime esperienze di attività fisica nel promuovere la crescita post-traumatica in atleti paralimpici con disabilità acquisita. *Disabil. Rehabil* 35, 2064-2072. doi: 10.3109/09638288.2013.805822

Molik, B., Zubala, T., Słyk, K., Bigas, G., Gryglewicz, A., & Kucharczyk, B. (2010). Motivazione dei disabili a partecipare a eventi paralimpici scelti (basket in carrozzina, rugby in carrozzina e bocce). *Fisioterapia*, 18, 42-51.

Pinder R, Dehghansai N, Baker J (2023). Opportunità e sfide per lo sviluppo del talento nello sport paralimpico: un'introduzione". In: Talent development in Paralympic sport: researcher and practitioner perspectives. Dehghansai N, Pinder R A, Baker J (eds). New York e Londra: Routledge.

