

# **SPORT E DISABILITA'**

## **Introduzione**

Prima di trattare il tema sport e disabilità è necessario proporre alcune considerazioni circa l'argomento. La chiarezza di termini facilita infatti il dialogo tra le diverse figure sanitarie, i pazienti ed il pubblico in generale.

In primo luogo è importante definire che cosa intendiamo con il termine di **disabilità**. Tale situazione può essere definita dalla l'incapacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, nutrirsi, ecc) ed è diretta conseguenza di una **menomazione** di organo o di funzione (visiva, uditiva, motoria, ecc), riportata a seguito di una malattia, congenita od acquisita, o di un incidente (stradale o lavorativo). La persona interessata da questi eventi è a forte rischio di incorrere in una condizione di svantaggio sociale più o meno rilevante che viene chiamato **handicap**.

In funzione della definizione di disabilità proposta l'ISTAT (dati 1999) ha stimato che in Italia le persone disabili sono circa 2 milioni 615 mila pari al 5% della popolazione. Sottolineando comunque che tale stima è certamente da correggere verso l'alto data la difficoltà di calcolare adeguatamente l'esatto numero di disabili. I dati raccolti indicano che la disabilità si correla all'età considerata raggiungendo un tasso del 20% circa tra le persone di età maggiore di 65 anni e del 47% tra quelle al di sopra degli 80 anni. I tassi di disabilità indicano inoltre una differenza in negativo per quanto riguarda il sesso femminile.

Ulteriori distinzioni devono essere fatte per i diversi tipi di disabilità:

1. Confinamento individuale: consiste nella costrizione a letto o su una carrozzina e rappresenta la disabilità più grave. In Italia circa il 2% della popolazione al di sopra dei 6 anni di età ne è interessata, con un incremento dell'incidenza al di sopra degli 80 anni di età (19% fra i maschi e 28% fra le donne) (fonte ISTAT).
2. Disabilità nel movimento: di cui sono affetti coloro che presentano difficoltà nel camminare, nell'eseguire le scale, nel coricarsi e nel sedersi. Presente secondo l'ISTAT nel 2.2% della popolazione maggiore di 6 anni d'età, con valori di incidenza del 10% tra i 75-79 anni e del 22% al di sopra degli 80 anni.
3. Disabilità nelle funzioni: cioè difficoltà nella cura della propria persona (igiene ed alimentazione). I tassi di incidenza sono del 3% al di sopra dei 6 anni, del 12% tra i 75-79 anni e del 33% tra gli ultraottantenni.
4. Disabilità sensoriali: rappresentata da deficit uditivi, visivi e del linguaggio, di cui è interessato circa l'1% della popolazione.

In aggiunta a questi dati si tenga presente che circa il 33% dei disabili presenta contemporaneamente due disabilità e che tra questi circa i due terzi sono rappresentati da donne.

Può essere inoltre utile esplorare e quantificare quali siano le conseguenze della disabilità sui vari aspetti del vivere quotidiano, cioè l'istruzione, la salute e l'assistenza, l'integrazione sociale.

Nella fascia di età tra i 15 ed i 64 anni le persone disabili non hanno nessun titolo di studio nel 38% circa dei contro il 6% dei non disabili, inoltre le donne disabili presentano un ulteriore svantaggio rispetto ai rispettivi maschi (40% vs 7% senza un titolo di studio).

Anche l'integrazione e la partecipazione sociale, rappresentate da quella complessa rete di rapporti interindividuali che si creano all'interno ed all'esterno del nucleo familiare risentono negativamente della presenza di una o, a maggior ragione, più disabilità. Alcuni dati statistici possono ancora una volta chiarire al meglio la situazione italiana: solo il 25% dei disabili, contro il 43% dei non, di 14 anni e più si è ad esempio servito nel volgere di un anno (2001) di un ufficio anagrafico, di un ufficio postale (53% vs 73%) o di una banca (38% vs 62%).

Allo stesso tempo le persone disabili si recano più spesso presso strutture sanitarie per prenotare una visita (46% vs 21%).

In considerazione di quanto si è delineato è comprensibile anche lo stato di salute generale e la sua percezione da parte dei disabili sia carente rispetto a quanto si riscontra tra i non disabili. Infatti circa il 53% dei disabili percepisce come cattivo il proprio stato di salute e solo il 13% dichiara di stare bene a fronte di una percentuale del 60% tra i non disabili.

Inoltre circa l'87% delle persone disabili risulta affetto da una patologia cronico degenerativa, contro il 47% dei non disabili di pari fascia d'età (6 anni o più).

Dopo aver presentato alcuni dati statistici può essere utile fornire una breve descrizione della fisiopatologia della disabilità.

Gli individui affetti da disabilità di varia natura, in esiti di traumi vertebro-midollari e non, sono spesso costretti ad utilizzare gli arti superiori per la propulsione della carrozzina che garantisce loro gli spostamenti a medio e lungo raggio e lo svolgimento delle attività della vita domestica (ADL).

Tale condizione presenta tuttavia alcuni svantaggi e limiti fisiologici allo svolgimento delle ADL e dello sport (ridotto volume muscolare a disposizione per l'esercizio; riduzione del controllo cardiaco; l'eventuale presenza di concomitanti difetti della funzionalità respiratoria).

Tali fattori insieme ad altri, concorrono a determinare una maggiore debolezza muscolare ed una precoce insorgenza della sensazione di affaticamento che spesso scoraggia la pratica di attività sportive o comunque di uno stile di vita attivo. Riducendo così la residua autonomia funzionale e favorendo l'insorgenza di comorbilità conseguenti all'eccessiva sedentarietà (malattie cardiovascolari e metaboliche come la cardiopatia ischemica ed il diabete) con una mortalità per malattie cardiovascolari che è del 228% più alta tra i disabili. Si assiste quindi alla nascita ed al mantenimento di un circolo

vizioso dalle molteplici conseguenze, anche psicologiche, in grado di ridurre notevolmente la qualità di vita delle persone disabili.

Il regolare svolgimento di una attività fisica allenante determina nell'organismo umano non solo una serie di adattamenti cardiovascolari e muscolari in grado di migliorare la prestazione organica sotto molti punti di vista. Soprattutto genera importanti effetti preventivi rispetto alle principali malattie cardiovascolari e metaboliche, agendo inoltre come mezzo di crescita sociale e di autoaffermazione.

Lo svolgimento di un regolare programma di attività fisica determina una serie di adattamenti vantaggiosi per l'organismo che si traducono in un globale miglioramento dello stato di forma fisica a cui conseguono:

- incremento della performance fisica,
- miglioramento dello stato di salute,
- miglioramento della condizione psicosociale,
- incremento del potenziale riabilitativo,
- incremento del livello di indipendenza funzionale,
- incremento della qualità di vita generale.

### **Considerazioni specifiche per le persone affette da lesioni vertebro-midollari praticanti sport**

Come abbiamo visto lo svolgimento di una regolare attività sportiva determina numerosi effetti benefici, tuttavia è giusto ricordare che i pazienti con lesioni midollari di vario livello presentano alcune peculiari caratteristiche fisiologiche da tenere in considerazione prima di proporre un programma di allenamento fisico.

Tali differenze obbligano il medico, il fisioterapista ed il preparatore atletico ad approfondire gli specifici aspetti della fisiopatologia dell'atleta diversamente abile, sia con il fine di migliorare in modo massimale il rendimento organico e funzionale che, cosa ancora più importante, di farlo in condizioni di sicurezza. L'impostazione di specifici programmi di allenamento deve essere sostenuta da un patrimonio di conoscenze adeguato alle necessità e condizioni cliniche dell'atleta.

Nella sezione dedicata alle pubblicazioni scientifiche potrete trovare alcuni dati circa l'epidemiologia dei traumi da sovraccarico nello sportivo diversamente abile, abstract accettato e pubblicato nel libro degli abstract del I Convegno Nazionale dei Medici in Formazione Specialistica in Medicina Fisica e Riabilitativa tenutosi a Bologna il 7 Settembre 2007 presso gli Istituti Ortopedici Rizzoli:

## Bibliografia

- Indagine ISTAT “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” 1999
- Indagine ISTAT “Aspetti della vita quotidiana” 1999
- [www.hanidcapincifre.it](http://www.hanidcapincifre.it)
- [www.fisd.it](http://www.fisd.it)
- McArdle-Katch-Katch: Principi di fisiologia applicata allo sport. Casa Editrice Ambrosiana, 2001
- Glaser RM. Exercise and locomotion for the spinal cord injured. In: Exercise and sports sciences reviews. New York: MacMillan Publishers, 1985
- ZwirenLD, Bar-Or O. Responses to exercise of paraplegics who differ in conditioning level. Med Sci Sports Exer, 1975
- Hjeltnes N et al. Physical endurance capacity, functional status and medical complications in spinal cord injured subjects with long standing lesions. Paraplegia, 28: 428-32, 1990
- Noreau L, Shepard RJ. Physical fitness and productive activity of paraplegics. Sports Med Train Rehabil, 3: 165-81, 1992
- Noreau L, Shepard RJ. Spinal cord injury, exercise and quality of life. Sports Med, 20(4): 226-50, 1995
- American College of Sports Medicine. ACSM’s guidelines for exercise testing and prescription. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995
- Fitzgerald PI et al. Circulatory and thermal adjustments to prolonged exercise in paraplegics women. Med Sci Sports Exerc, 22 (5): 629-35, 1990