

## **Lo sportello per l'accompagnamento allo sport: ponte relazionale per la Sport Terapia all'Unità Spinale Unipolare dell'Azienda Ospedaliera Niguarda**

**Autore: Dott. Giovanni Lodetti**

**Co-autori: Dott.ssa Gaia Oldani, Dott. Luca Celotti**

**Collaboratori: Dott.ssa Angela Fiorletta, Dott.ssa Carolina Gambirasio,  
Dott.ssa Elena Pomesano**

L'Unità Spinale Unipolare è un'unità operativa complessa situata presso un ospedale sede di DEA (Dipartimento di Emergenza e Accoglienza) ed è destinata all'assistenza delle persone con lesione midollare di origine traumatica e non traumatica sin dal momento dell'evento lesivo; tale struttura ha lo scopo di permettere alle persone con lesione midollare di raggiungere il miglior stato di salute e il più alto livello di capacità funzionale compatibile con la lesione. In Italia sono 10 le Unità Spinali attive. Tutte le strutture sono situate al Centro-Nord con un numero di posti disponibili (circa 250) sensibilmente inferiore rispetto alle medie europee.

Il concetto di Unità Spinale Unipolare si basa sullo sviluppo dell'esperienza di riabilitazione globale attuata per la prima volta nel 1944 presso il Centro riabilitativo di Stoke-Mandeville, dal Prof. Ludwig Guttmann e sviluppatasi, successivamente, in tutta Europa. Su questo concetto si basa anche il lavoro all'Unità Spinale dell'Ospedale Niguarda Cà Granda di Milano. La peculiarità di quest'Unità è anche la presenza al suo interno dell'AUS, che ha contribuito alla nascita dell'attuale struttura, inaugurata nel 2002. L'Aus Niguarda Onlus è un'organizzazione di promozione sociale che affianca l'attività dell'Unità Spinale attraverso iniziative e servizi che integrano il percorso riabilitativo delle persone con lesione midollare.

L'Associazione fornisce informazioni e supporto ai pazienti e ai loro familiari su tutto ciò che può facilitare il recupero dell'autonomia della persona e il suo reinserimento sociale: attività per il tempo libero, accessibilità e barriere architettoniche, promozione delle attività sportive, istruzione e formazione al lavoro delle persone paratetraplegiche, conoscenza delle leggi e dei diritti della persona con disabilità.

L'AUS Niguarda fa parte della FAIP (Federazione Associazioni Italiane Paratetraplegici), ed aderisce al CIP (Comitato Italiano Paraolimpico) e alla Ledha (Lega per i diritti delle persone con disabilità).

L'obiettivo di tutti gli interventi di AUS Niguarda Onlus è di orientare la persona con lesione midollare rispetto alla nuova condizione di vita e ai suoi nuovi diritti, fornendo un supporto complessivo che possa aiutarla a ridefinire il proprio progetto di vita.

Dopo il trauma, già all'interno dell'Unità Spinale Unipolare inizia il faticoso processo di costruzione di un nuovo progetto di vita: un progetto che consenta di valorizzare al massimo tutte le possibilità della persona. Il percorso di riabilitazione non contempla solo gli aspetti fisici e sanitari: bisogna imparare a riconoscere se stessi ed acquisire un nuovo senso della realtà. E' in questo percorso che comincia a maturare la consapevolezza di una propria autonomia, grazie anche ad ausili adeguati e ad un addestramento specifico, così da poter gestire la quotidianità nel modo più indipendente possibile.

## La lesione midollare

La lesione al midollo spinale sia essa di natura traumatica (come traumi della strada o sul lavoro, cadute accidentali o lesioni da sport) o secondaria a patologie di pertinenza medica (come malattie ad andamento acuto, quali le mieliti, o cronico, quale la sclerosi multipla) comporta l'instaurarsi del seguente quadro clinico:

Paralisi di tutti (o quasi tutti) i movimenti volontari nelle parti del corpo innervate da fibre che fuoriescono dal midollo al di sotto del livello di lesione.

- Compromissione della sensibilità (tattile, dolorifica, di posizione ecc.) al di sotto del livello di lesione
- Compromissione delle funzioni dei visceri quali vescica, intestino, apparato genitale
- Compromissione della funzione respiratoria in caso di lesioni a carico del midollo cervicale.

Si parla di TETRAPLEGIA se la paralisi interessa i quattro arti e PARAPLEGIA se interessa parte del tronco e gli arti inferiori. Come afferma A. Rossier (illustre paraplegista anch'egli paraplegico): "...le lesioni al midollo non solo interrompono l'integrità della colonna, ma compromettono l'intera armoniosa relazione che esiste fra i diversi sistemi funzionali dell'uomo...".

La lesione al midollo da trauma è qualcosa che accade improvvisamente ed inaspettatamente: infatti l'etimologia ci ricorda che accade qualcosa di lacerante, che ferisce, trapassa e che fa cambiare lo stato delle cose.

Questo causa una frattura all'interno della percezione di sé e una rivoluzione nell'equilibrio del proprio contesto familiare, amicale e sociale. Il proprio mondo di riferimento viene stravolto. Inoltre la percezione del proprio corpo cambia, è un corpo che non viene più sentito come integro ma "rotto" e con parti che non rispondono più ai comandi e agli automatismi di prima; spesso accade di avere la sensazione di sentire il movimento o di compierlo "con la mente"; come se la mente non volesse accettare che una parte del corpo non possa più rispondere ai suoi comandi.

La persona è colpita nel suo modo di essere, di apparire, mette in atto una serie di difese, ha vissuti di frustrazione e spesso di perdita di identità e di autostima: tutto questo comporta una grande ferita narcisistica dovuta anche alla perdita di efficienza fisica.

È quindi importante considerare, accanto agli aspetti del trauma che compromettono le funzionalità motorie, anche gli aspetti psicologici individuali e del contesto sociale in cui l'individuo è inserito.

In generale le fasi di elaborazione del trauma sono assimilabili a quelle di elaborazione del lutto, quindi di una perdita.

È possibile uscire da questa condizione traumatica attraverso un percorso di riabilitazione globale che favorisca anche il passaggio ad una nuova condizione di vita.

La Riabilitazione Globale, infatti, parte dall'assunto che una persona con lesione midollare, dopo la fase di acuzie, non è più un ammalato bensì una persona che deve riorganizzare la propria vita attraverso percorsi riabilitativi finalizzati da una parte al raggiungimento della massima autonomia possibile e dall'altra alla definizione di un nuovo progetto di vita. La riabilitazione contempla sia aspetti fisici e sanitari sia gli aspetti psicologici individuali, sia il contesto

relazionale e sociale; si tratta di ripristinare l'intera struttura della personalità del soggetto nella sua integrità fisica, intellettuale e psichica. Affinché ciò si possa realizzare è necessario che la persona con lesione diventi protagonista del suo progetto e quindi occorre andare oltre gli obiettivi di tipo sanitario.

All'Unità Spinale Unipolare di Niguarda, diretta dalla Dott.ssa Tiziana Redaelli, il team professionale è di tipo multidisciplinare coinvolgendo l'area medico-chirurgica, (Neurochirurghi, Ortopedici, Fisiatri, Neurorimatori, Neurologi, Urologi ed Andrologi, Chirurghi Plastici, Neuropsichiatri...), l'area assistenziale (Infermieri Professionali altamente specializzati), quella funzionale (Terapisti della riabilitazione, Terapisti occupazionali, Terapista dello Sport, Tecnici ortopedici) ed infine l'area psicosociale (psicologi, assistente sociale, assistente sociale per stranieri, consulente alla pari, consulente per l'area legale e barriere architettoniche, ecc.) Dell'area psicosociale si occupa prevalentemente l'AUS Niguarda con progetti che si integrano con l'Unità spinale.

La riabilitazione del soggetto con lesione midollare inizia sul posto stesso in cui è avvenuto l'incidente; essa richiede misure che si devono integrare in modo coordinato, in una successione logica, rapida e cauta verso lo scopo che ci si prefigge di raggiungere. Ciò significa impegnare tutti gli Specialisti ed i mezzi disponibili per ridare alla persona, per quanto possibile, la sua indipendenza personale, sociale e professionale.

Per ogni paziente che arriva all'USU si forma un'equipe composta da un infermiere, un fisiatra, un terapista occupazionale, un fisioterapista (ed eventuali altre figure mediche necessarie – anestesista, fisioterapista respiratorio) che seguiranno il paziente per tutta la durata della degenza e saranno anche di riferimento dopo le dimissioni. Il team – assieme ad altri operatori quali il terapista dello sport, il counselor, l'assistente sociale, lo psicologo – provvede a realizzare il progetto di riabilitazione globale individualizzato.

L'intera equipe inizia la presa in carico fin dall'ingresso in USU e a volte anche prima, nel caso in cui il paziente sia ricoverato in Terapia Intensiva. La presa in carico non riguarda solo il paziente ma anche il contesto familiare. Spesso nella prima fase sono proprio i familiari ad avere i contatti con l'equipe.

L'equipe si incontra periodicamente per condividere con gli altri operatori il progetto individuale, riorganizzare il percorso sulla base degli obiettivi raggiunti, definire tempi e modi del progetto.

La comunicazione della diagnosi avviene durante un incontro strutturato alla presenza del medico e del Primario, con il paziente ed i familiari; è un momento delicato e cruciale poiché costituisce la definizione della situazione clinica di cui a volte il paziente non è ancora bene a conoscenza.

La crucialità è data anche dalle reazioni emotive che l'accompagnano. Frequenti sono il diniego e la difficoltà ad accettare e comprendere quanto riferito. La comunicazione segna però un momento importante nel percorso riabilitativo poiché il paziente comincia a sperimentare l'esperienza della perdita e ad utilizzare le sue risorse ai fini dell'adattamento alla nuova condizione.

Segue la fase di normalizzazione in cui la persona ha raggiunto un certo grado di autonomia, è in grado di utilizzare la carrozzina, ha la possibilità di spostarsi autonomamente all'interno dell'Unità Spinale ed è impegnato per la maggior parte della giornata nel programma riabilitativo. Rispetto alla fase iniziale del ricovero - connotata da un forte accudimento "esterno" (personale ospedaliero, familiari) e da una scarsa mobilità – questa è una fase più attiva in cui il paziente viene sollecitato a recuperare margini sempre maggiori di autonomia

nelle attività del quotidiano. La persona con lesione midollare è impegnata a trovare “nuovi modi” per muoversi (carrozzina), trasferirsi, percepire le sensibilità.

Il percorso di degenza dura da 4 a 8 mesi circa (a seconda della gravità e dell'altezza della lesione).

## **La Sport-Terapia in Unità Spinale**

L'introduzione della Sport-Terapia in Unità Spinale, per i pazienti con lesione midollare completa e incompleta, ha obiettivi riabilitativi e funzionali, perché favorisce un allenamento fisico in grado di migliorare notevolmente le possibilità motorie e di autonomia.

La Sport-Terapia deve essere riconosciuta come disciplina riabilitativa che mira al rinforzo muscolare, all'allenamento aerobico, al recupero di attività motorie compromesse, al miglioramento della funzione cardio-respiratoria e all'acquisizione di un'attività da praticare sia in termini amatoriali sia agonistici.

L'esperienza delle Unità Spinali Europee ha dimostrato quanto sia importante l'attività sportiva per il paziente paraplegico e tetraplegico. E' provato che il recupero motorio e quello respiratorio possono essere migliorati notevolmente con l'utilizzo della Sport-Terapia e della pratica sportiva; la motivazione alla “voglia di fare”, gli aspetti psicologici e le possibilità di integrazione sociale ne risentono positivamente, incrementando la partecipazione alle attività riabilitative e riducendo i tempi di degenza in Unità Spinale. Inoltre il lavorare insieme con altri pazienti para e tetraplegici favorisce la possibilità di scambi e di conoscenze, finalizzati alla migliore reintegrazione nella vita quotidiana.

E' importante ricordare che la Sport-Terapia e la pratica sportiva in riabilitazione sono due momenti molto diversi e possono essere gestiti da operatori professionali con competenze differenti: infatti quando si parla di Sport-Terapia si intende tutta la metodica dell'allenamento e l'utilizzo degli esercizi preparatori per alcune discipline sportive, utili per molteplici finalità riabilitative.

La Sport-Terapia deve essere attuata da un team multidisciplinare che si avvale di diversi operatori medici (fisiatra, cardiologo, medico dello sport) e da altri operatori della riabilitazione, quali i laureati in scienze motorie e i fisioterapisti.

La pratica sportiva è la preparazione agonistica vera e propria ed è di competenza degli istruttori e degli educatori sportivi, in stretta collaborazione con tutto il team che segue il paziente in Unità Spinale.

Ogni Unità Spinale Europea basa il lavoro di riabilitazione anche sull'organizzazione dell'attività sportiva, con spazi per l'avviamento allo sport e con spazi agonistici.

## **Sport terapia nell'Unità Spinale di Niguarda**

Nel 2003 presso l'Unità Spinale di Niguarda è stato avviato, un progetto di Sport Terapia ad inizio precoce, che si propone di mettere a punto un percorso di Sport Terapia per favorire e potenziare l'autonomia e il benessere psico-fisico dei soggetti mielolesi, a partire già dalla fase iniziale del ricovero. Il progetto è realizzato in collaborazione con l'Istituto di Esercizio Fisico, Salute e Attività Sportive dell'Università di Milano, il Centro di Medicina dello Sport della Fondazione Don Gnocchi Onlus e la Polisportiva Ospedaliera Paratetraplegici - POP'84 Onlus, ed è condotto da un'equipe multidisciplinare, Il progetto è a carico AUS Niguarda.

All'interno del concetto di riabilitazione globale dell'Unità Spinale di Niguarda, il team degli operatori della riabilitazione, in collaborazione con diverse

associazioni sportive, hanno dato il via ad un modello di lavoro riabilitativo specifico di Sport-Terapia e di avviamento allo sport che segue il modello terapeutico dell'Unità Spinale di Nottwill (Svizzera) secondo cui durante la prima fase della riabilitazione l'accento è posto primariamente sull'ottimizzazione e sulla conservazione della forma fisica (Sport-Terapia), mentre nella seconda fase ci si orienta maggiormente verso attività di tipo agonistico (attività sportiva). La disponibilità di strutture sportive all'interno dell'Unità Spinale permette inoltre di offrire un importante elemento di coesione fra l'Unità Spinale e la comunità dato che, al di fuori delle ore di terapia, le infrastrutture possono essere messe a disposizione delle società sportive per disabili o comunque della popolazione locale, favorendo così automaticamente il processo di reintegrazione delle persone con lesione midollare.

La Sport-terapia deve collocarsi all'interno di un programma di riabilitazione globale condiviso e ben organizzato dall'equipe multidisciplinare.

L'equipe deve individuare le attività di Sport-Terapia, il momento in cui avviare il paziente paraplegico o tetraplegico alle diverse attività e quali ausili sono indispensabili allo svolgimento delle attività stesse. L'equipe multidisciplinare effettua una serie di valutazioni delle capacità motorie e respiratorie, attraverso le quali viene stabilito il programma di lavoro mirato per ogni persona, definendo ed impostando gli esercizi sia in modo individuale sia in gruppo.

### **Lo Sportello di Accompagnamento allo Sport**

Lo Sportello per l'Accompagnamento allo Sport coordinato e diretto dal Dr. Giovanni Lodetti è un ulteriore progetto che coinvolge lo Sport; nasce all'interno di questo contesto operativo e prende il suo avvio grazie alla collaborazione tra l'Associazione AUS – Niguarda e l'A.I.P.P.S. (Associazione Italiana Psicologia e Psicoanalisi dello Sport).

Il progetto è stato concluso a luglio 2007 ed ha avuto la durata di un anno; è in fase di definizione per l'anno 2007-2008.

Il Progetto, nella sua realizzazione pratica, ha previsto la presenza settimanale nella palestra del reparto di psicologi A.I.P.P.S. con una formazione di tipo clinico e da psicologi afferenti dal Servizio di Consultazione Psicologica e Psicoterapia dell'Ospedale di Niguarda, Direttore: Dott.ssa Clara Ajmone. Rispetto agli Sport che venivano già praticati all'interno della Sport Terapia è stata introdotta la scherma, sport guida della metodologia A.I.P.P.S. Tale Sport ha ricevuto un largo consenso da parte dei pazienti: questo presumibilmente in virtù del fatto che la scherma è un'attività sportiva con delle importanti implicazioni psicologiche dal punto di vista della gestione del sé e dell'altro, essendo uno sport vis-à-vis con contatto mediato dall'arma e fortemente caratterizzato dall'artefatto della maschera. Si è scelto inoltre di rendere la presenza degli psicologi il meno invasiva ed il più graduale possibile: proprio per questo motivo le attività svolte durante la primissima fase del Progetto sono state di osservazione delle interazioni sportive tra i pazienti presenti in palestra. Questo aspetto, oltre ad aver avuto il pregio di non interferire con le attività che contemporaneamente si svolgevano in palestra, ha permesso una maggior consapevolezza da parte dei pazienti del ruolo che lo psicologo avrebbe rivestito in questo tipo di contesto ed una maggior accettazione dello stesso. Gli Sport inseriti nel progetto sono stati: la scherma, il ping-pong (attività sportiva generalmente già praticata da molti dei pazienti) ed il tiro con l'arco. Naturalmente ciascuna di queste attività è stata svolta dai pazienti compatibilmente con l'entità della lesione e con eventuali ausili (impugnatura della spada o della racchetta, posizione di gioco, ecc.).

A seguito delle riunioni con l'equipe dell'Unità coinvolta dal Progetto, si è deciso di inserire all'interno dello stesso i pazienti considerati in fase di "attivazione", coloro cioè che avessero già ultimato la fase di riabilitazione fisica e, ritornando quindi alla propria vita, potessero trarre dal Progetto in questa fase iniziale i maggiori benefici.

Tutti i pazienti che hanno preso parte allo Sportello erano in regime di Day-Hospital e non erano quindi degenti del reparto: si tratta di pazienti con diversi livelli di lesione (para-tetraplegia) che accedono al reparto settimanalmente per partecipare all'attività di Sport Terapia.

Le attività svolte dagli psicologi hanno previsto: la proposta e l'inserimento di un nuovo Sport come la scherma; il monitoraggio dei soggetti coinvolti nel Progetto attraverso questionari e colloqui individuali volti ad indagare alcuni aspetti di personalità dei pazienti, la loro motivazione alla partecipazione, le aspettative, il grado di conoscenza e di interesse verso i diversi Sport proposti, gli aspetti dell'attività sportiva ritenuti più importanti per ciascuno di loro (competizione, divertimento, movimento fisico, sfida verso se stessi, ...); infine l'osservazione sistematica dell'attività sportiva attraverso griglie di osservazione strutturate, codificate e specifiche per ognuno dei tre Sport presi in esame che consentono di cogliere le dinamiche relazionali e personali messe in atto dai soggetti durante la pratica sportiva.

## **Obiettivi**

Il Progetto intende perciò, nella sua finalità ultima, permettere a ciascuna persona coinvolta di trovare all'interno della pratica sportiva lo strumento principe per la riconquista di se stesso e della propria vita fisica, emotiva, psicologica e relazionale.

Per raggiungere questa finalità è necessario un lavoro lungo, composto da obiettivi a breve, medio e lungo termine, in continuo monitoraggio e perfezionamento in base alle osservazioni ottenute durante il concreto svolgimento del Progetto ed ai feedback offerti da tutte le persone coinvolte in esso.

Gli specifici obiettivi del Progetto, oltre a stimolare un possibile interesse o curiosità verso attività nuove e precedentemente inesplorate, si propongono di promuovere una migliore qualità di vita del paziente. Questo in virtù del fatto che le abilità e le competenze necessarie alla realizzazione di un'attività di tipo sportivo – abilità personali, capacità relazionali, creatività, spirito di iniziativa, capacità di problem-solving, capacità di adattamento (anche nel tipo di movimenti necessari) – potrebbero essere sviluppate e mantenute con un duplice scopo: il proseguimento dell'attività sportiva specifica anche al di fuori del contesto ospedaliero ed il miglioramento di altre attività, anche quotidiane, che il paziente si troverà a dover affrontare.

Lo Sportello per l'Accompagnamento allo Sport è stato progettato e realizzato con lo scopo di perseguire una serie di obiettivi volti alla massima valorizzazione delle risorse presenti nei pazienti:

- 1) Offrire la possibilità di scoprire e sperimentare alcune attività sportive che potrebbero venire coltivate e sviluppate anche all'esterno del contesto ospedaliero. Proprio per questo motivo lo Sportello per l'Accompagnamento allo Sport potrebbe costituire uno spazio intermedio e di transizione tra la realtà ospedaliera e la realtà esterna. Si ritiene questo obiettivo di particolare importanza proprio per il fatto che potrebbe costituire un forte stimolo a proseguire un tipo di attività che si è sperimentata, magari per la prima volta, in

un contesto protetto, rassicurante e costituito da persona conosciute al paziente (altri pazienti ed operatori)

2) Favorire un incremento della propria autoefficacia percepita. Il coinvolgimento diretto in un'attività di tipo sportivo costituisce una fonte preziosa di informazioni per la persona rispetto a capacità, competenze ed abilità che riteneva di non possedere o di aver perduto. Questo può portare ad un aumento della propria fiducia rispetto alle possibilità di iniziare e portare a termine con successo un determinato obiettivo e quindi contribuire a migliorare il senso di realizzazione personale. E' plausibile ipotizzare inoltre che un miglioramento della propria autoefficacia in ambito sportivo possa influire su aspetti diversi del proprio ambito di vita, aumentando l'autostima.

Un'importante finalità dello Sportello è di occuparsi dei risvolti psicologici della riabilitazione sportiva come la sperimentazione del successo, la gestione del senso di frustrazione e dello stress, il superamento e l'accettazione del proprio limite e la conquista della fiducia nelle proprie capacità.

3) Offrire la possibilità di impegnarsi in un'attività che comprende anche aspetti ricreativi e di svago

4) Incrementare o migliorare le capacità relazionali e comunicative della persona. Il contatto con altre persone impegnate nelle medesime attività richiede infatti capacità di cooperazione, di interazione positiva con gli altri e di buona competenza sociale. Abilità che può essere molto efficace anche in altri tipi di contesto.

In seguito alle riunioni con l'equipe dell'Unità, nelle quali sono stati analizzati il particolare e delicato contesto nel quale gli psicologi A.I.P.P.S. avrebbero attuato il Progetto, le sinergie da attivare all'interno della Sport - Terapia e le modalità più idonee per mettere in pratica tale progettualità, sono stati delineati i seguenti obiettivi a breve termine:

1) Favorire il coinvolgimento diretto ed attivo della persona in un'attività che comporta in ogni caso il raggiungimento di un risultato osservabile.

Si sottolinea il ruolo attivo che ricopre la persona nella gestione delle proprie scelte e nella scoperta, talvolta inaspettata, delle proprie potenzialità. A questo proposito pare importante evidenziare come alcuni pazienti si siano resi conto di poter svolgere determinati tipi di Sport nonostante le evidenti limitazioni che la lesione comporta, grazie alla scoperta di modalità alternative nell'esecuzione di movimenti (ad esempio eseguendo un altro tipo di mossa che comporta comunque il raggiungimento del risultato, cambiando la posizione di gioco, sfruttando al massimo le parti del corpo con la migliore funzionalità e così via). Tutto questo è in grado di facilitare l'utilizzo da parte del paziente delle proprie risorse personali nella pratica sportiva e di stimolare le capacità adattative della persona con un'evidente influenza su diversi aspetti psicologici, come descritto in seguito.

2) Monitorare l'andamento dei soggetti coinvolti, attraverso questionari sulle aspettative, sulla personalità e colloqui individuali.

3) Introdurre l'attività-guida della scherma, in quanto sport con forti implicazioni psicologiche dal punto di vista della gestione del sé e dell'altro da sé.

4) Osservazione sistematica dell'attività sportiva, attraverso griglie ad hoc, per analizzare le dinamiche messe in atto dai soggetti durante l'attività sportiva.

5) Permettere alla persona una miglior consapevolezza di schemi relazionali che si evidenziano nella pratica sportiva. Durante l'attività sportiva si mettono in atto meccanismi di difesa, corrispondenti ai tradizionali meccanismi di difesa descritti dalla psicologia clinica e dalla psicoanalisi, che sono stati operazionalizzati attraverso apposite griglie di codifica utilizzate dagli psicologi durante l'osservazione. Aumentare la consapevolezza del paziente rispetto al

modo in cui si relaziona con gli altri ha il pregio di favorire un migliore auto-monitoraggio del proprio comportamento e di alcuni meccanismi automatici. Inoltre tale conoscenza, che può essere inquadrata all'interno dello stile relazionale del paziente, può rivelarsi utile ed essere estesa anche ad altri tipi di interazione

## **Stato dell'arte**

I soggetti coinvolti sono stati 5, di cui 2 hanno poi abbandonato il progetto per motivi personali non legati ad esso; di coloro che hanno partecipato interamente due erano tetraplegici ed uno paraplegico.

Rispetto agli obiettivi a breve termine prefissati abbiamo coinvolto 5 soggetti nel Progetto, introdotto lo sport della scherma, effettuato i questionari preliminari e quelli in itinere unitamente ai colloqui, effettuato 2 osservazioni dei soggetti durante la pratica sportiva di: scherma, ping-pong e tiro con l'arco, monitorandone i risultati

Era stato incluso come attività sportiva anche il tiro al bersaglio che non è poi stato possibile inserire nel progetto per mancato arrivo del materiale necessario.

Vediamo nel dettaglio gli sport praticati nell'ambito del progetto

Il ping pong era uno sport già presente all'interno della Sport-Terapia, perciò familiare ai pazienti e dotato degli accorgimenti necessari per permettere a tutti di parteciparvi.

Le caratteristiche utili per l'inserimento nel Progetto sono la familiarità per i pazienti, il fatto che sia uno sport vis-à-vis senza contatto e che fosse già utilizzato nelle metodologie AIPPS per l'osservazione dei meccanismi di difesa. Per quanto riguarda la scherma essa è stata introdotta come "nuovo" sport.

Con questi primi soggetti sono state individuate le modifiche e gli accorgimenti necessari per poter essere praticato da tutti.

Tra le caratteristiche di tale sport rivelatesi utili per esempio il fatto che la scherma sia uno sport vis-à-vis con contatto mediato dall'arma e dall'artefatto della maschera ("io sono nascosto e protetto dalla maschera"). Inoltre esso necessita di un alto livello di necessità di gestione di sé e dell'altro da sé in un contesto forte di regole.

Infine la scherma rappresenta lo sport-guida, ampiamente utilizzato nella metodologia AIPPS per l'osservazione

L'introduzione del tiro al bersaglio ha comportato numerose problematiche tra cui il mancato arrivo del materiale necessario e la maggiore difficoltà nel mettere a punto il sistema di utilizzazione. Inoltre l'accorgersi nella pratica che l'idea sottostante per cui potesse essere uno sport "individuale" adatto anche alle persone tetraplegiche, contrariamente al tiro con l'arco già praticato, si è rivelata erronea.

## **Analisi dei risultati**

Preliminarmente all'introduzione della scherma e del tiro a segno ai soggetti è stato chiesto di compilare un questionario (il "Questisport") in merito alle aspettative di partecipazione a questo Progetto.

L'osservazione degli aspetti psicologici della pratica sportiva è stata svolta utilizzando griglie predisposte all'osservazione dei meccanismi di difesa manifestati dai soggetti nell'interazione con l'avversario durante la pratica sportiva (segue esempio per la scherma)



## Griglia di osservazione schermo

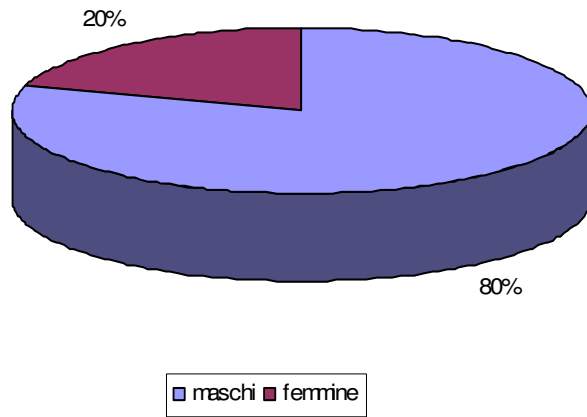
AZIONI	NUMERO DI VOLTE	MECCANISMO
No parata o botta dritta		Rimozione
Colpire violentemente e poi correre a consolare l'avversario		Annullamento
Parare...ma non rispondere		Formazione reattiva
Comportamento spavaldo dinanzi all'avversario		Negazione
Attribuire il proprio comportamento all'avversario		Proiezione
Autodenigrazione, arrabbiatura con se stesso		Rivolgimento contro il sé
Ritorno a movimenti evolutivi tecnici precedenti		Regressionione
Ricordare sconfitta: negarlo come gesto che ha fatto soffrire e non soffrire realmente		Isolamento
Dire di non poter 'colpire' per cause fisiche improvvise		Somatizzazione
Non importa se vinco: gioco per piacere stilisticamente a chi mi guarda		Sublimazione

Dall'analisi delle aspettative sul Progetto sono emersi il fatto di occupare tempo positivamente con lo sport, di avviarsi a nuovi sport per averne beneficio fisico e psicologico, esser sereni mentalmente, avviarsi a nuovi sport e trovarne uno "privilegiato", magari per farlo ad un livello più alto, misurandosi in qualche gara. Per quanto riguarda i possibili aspetti di utilità nella vita quotidiana sono emersi il movimento, l'esercizio fisico, il rafforzamento muscolare e, cosa molto importante, la possibilità di sperimentare e gestire relazioni interpersonali, creare nuove amicizie interne per confrontarsi sugli stessi problemi, sentire ancora di "esserci", di poter fare qualcosa, di poter sentirsi "vivi" grazie allo sport. Tramite il questionario è stato possibile anche segnalare degli eventuali dubbi sul Progetto.

I partecipanti hanno comunicato la perplessità riguardo alle proprie limitazioni motorie, alla fattibilità degli sport (segnalati come in numero ridotto rispetto ai desideri), al non poter esser seguiti ciascuno a 360° (troppo poco personale per tutti i pazienti). Infine è emerso il dubbio di riuscire a trarne divertimento ed al modo in cui potessero esser utili gli psicologi.

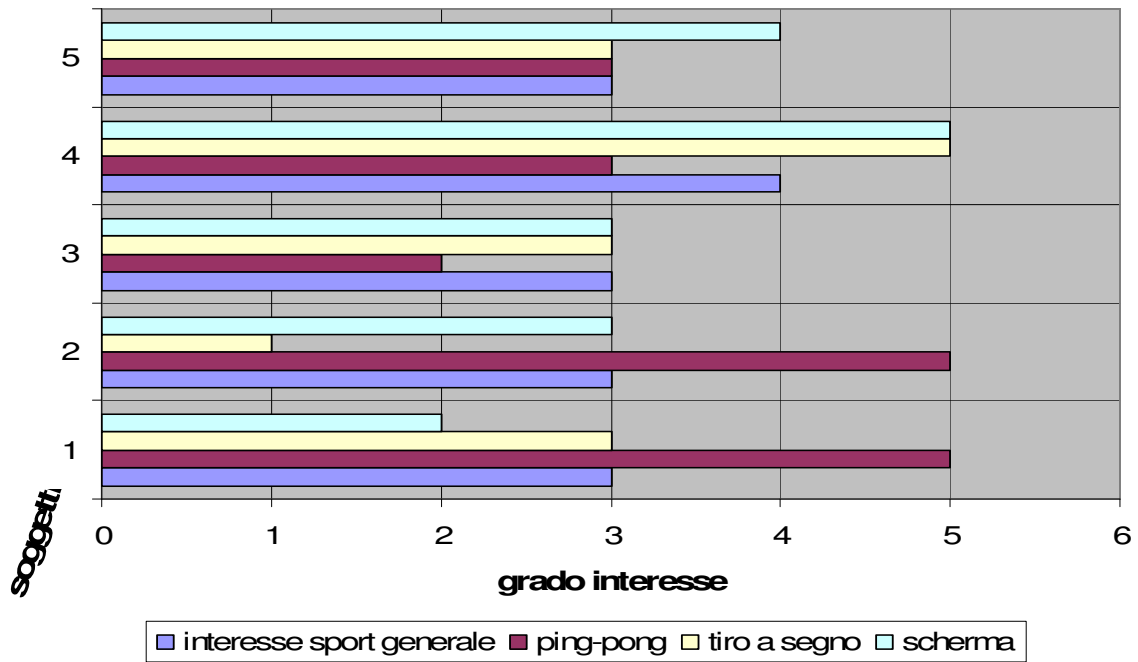
## Analisi dei risultati 1: il campione

### soggetti

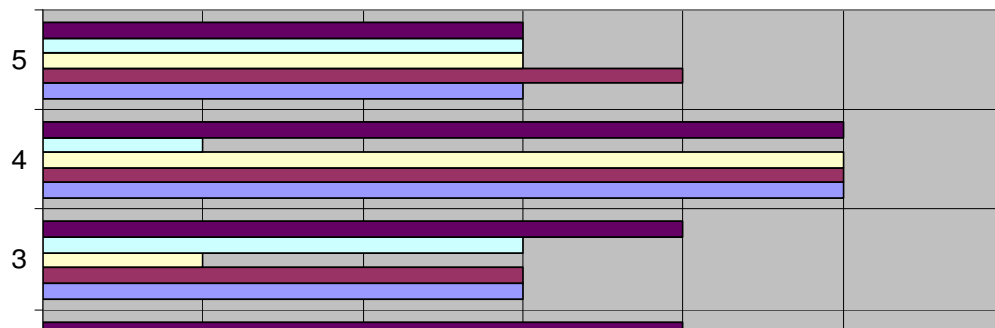


## Analisi dei risultati 1: questionario preliminare

### baseline interesse



### interesse per aspetti sportivi

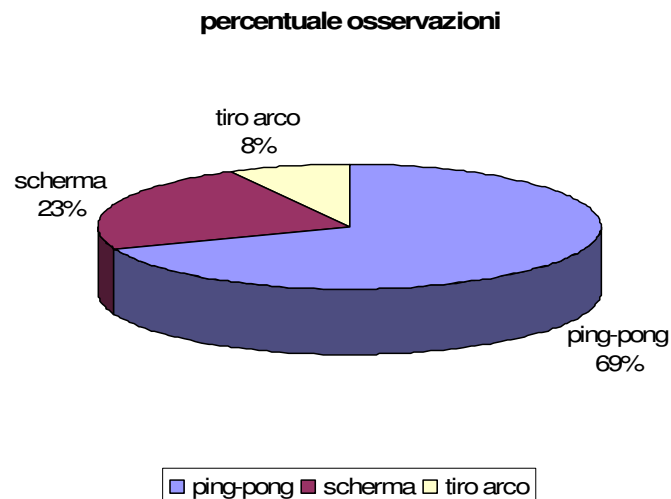


Interesse per aspetti insiti nella pratica sportiva: scala 0-5,  
dove 0= per niente, 5= moltissimo

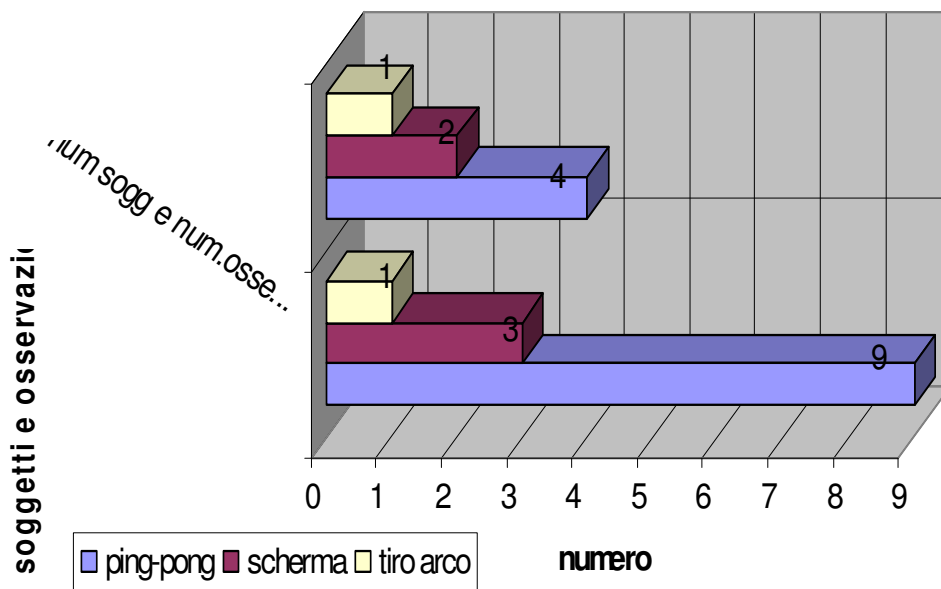
#### Analisi dei risultati prima osservazione

L'osservazione è stata condotta tramite le griglie suddette da due osservatori indipendentemente tra i quali è stata poi valutata la concordanza. Sono stati individuati ed analizzati i meccanismi di difesa psicologici sottesi alla gestualità ed all'interazione durante la competizione sportiva nei tre diversi sport, dando luogo ai seguenti risultati.

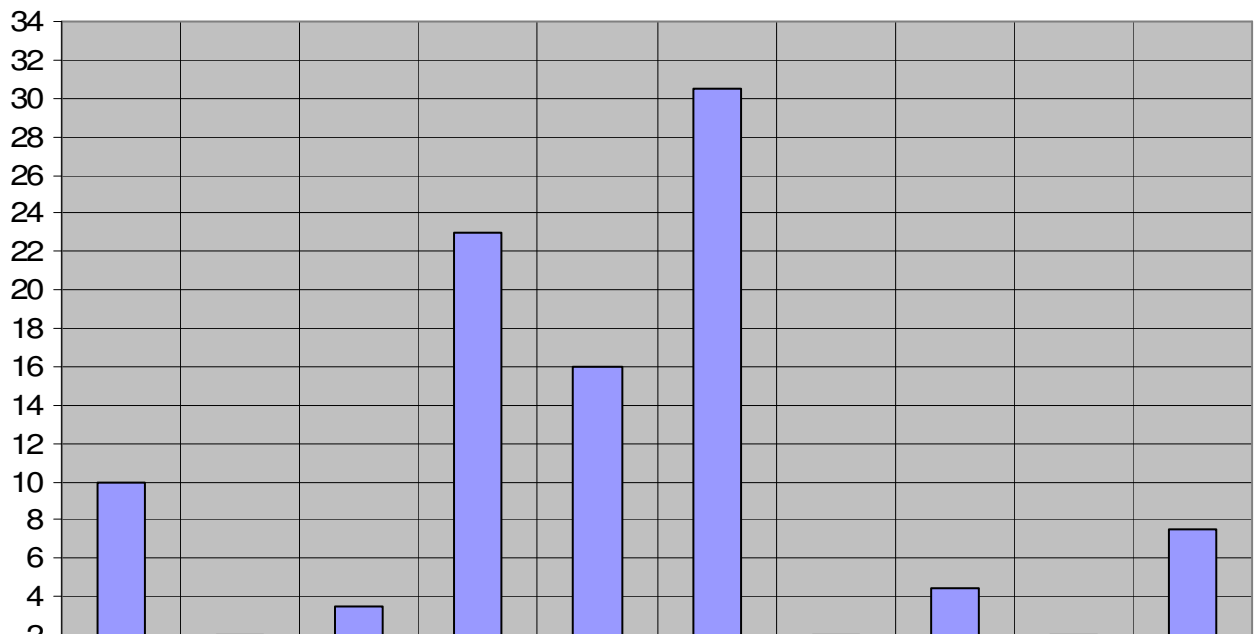
#### **Analisi dei risultati 1: osservazioni effettuate**



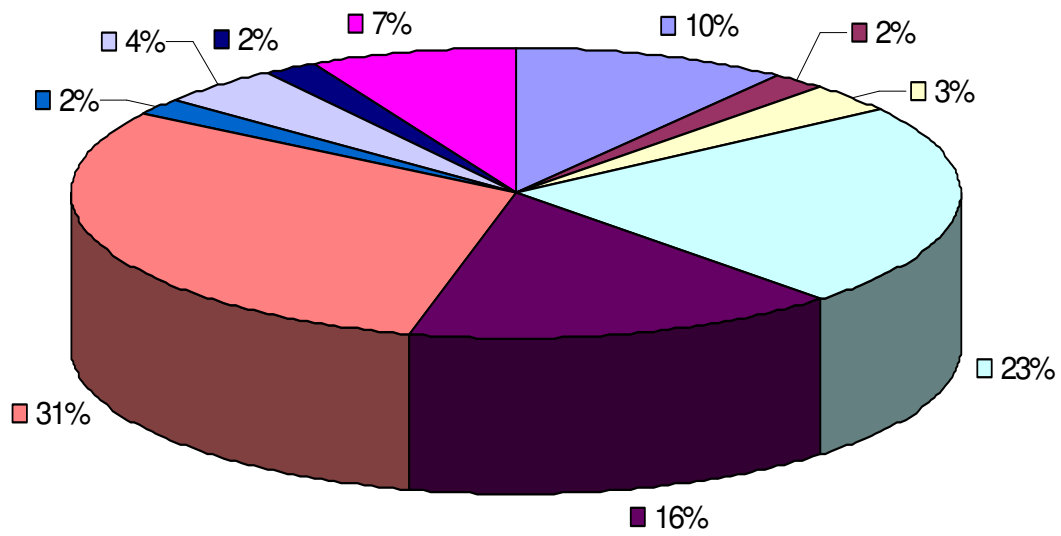
### osservazioni



### Utilizzo meccanismi difesa oss1



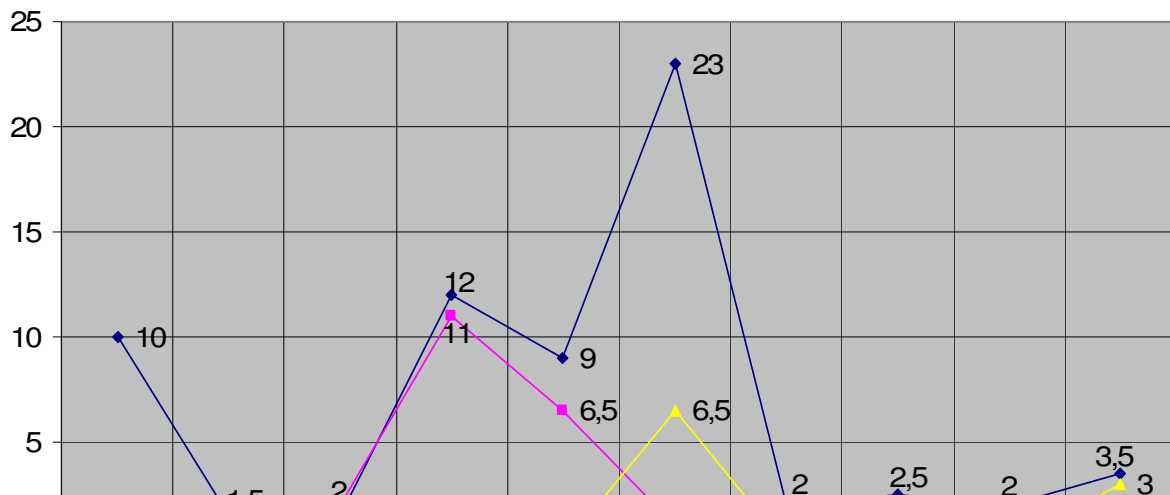
### Percentuale meccanismi difesa oss1



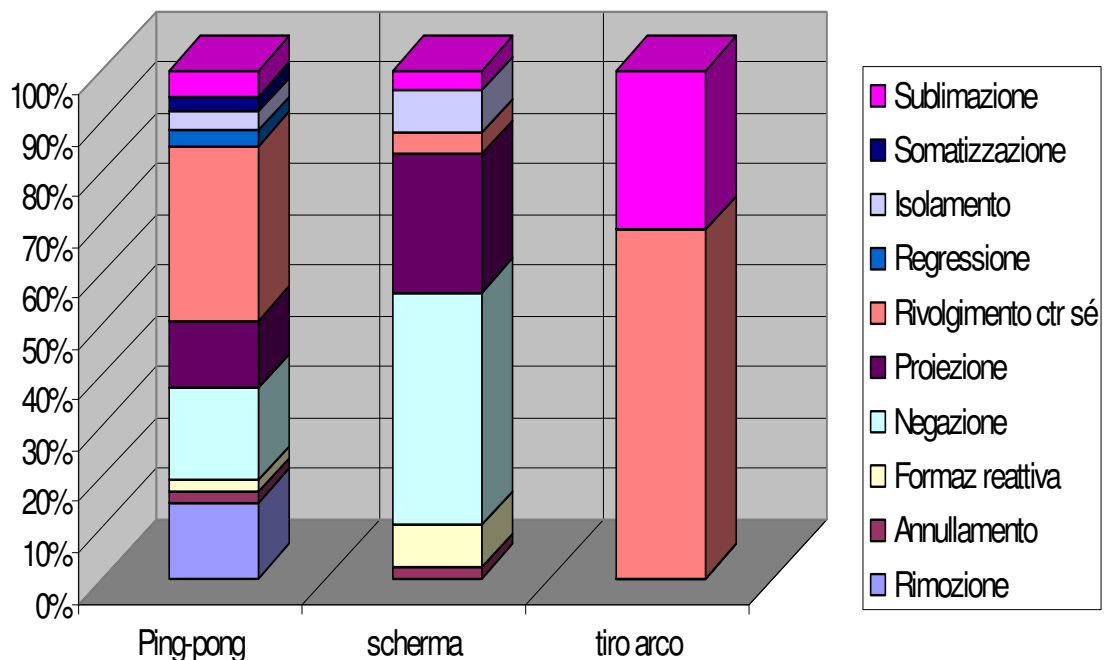
Rimozione	Annullamento	Formaz reattiva	Negazione
Proiezione	Rivolgimento ctr sé	Regressione	Isolamento
Somatizzazione	Sublimazione		

### meccanismi difesa in ogni sport

◆ Ping-pong    ◆ scherma    ◆ tiro arco



### meccanismi difesa negli sport

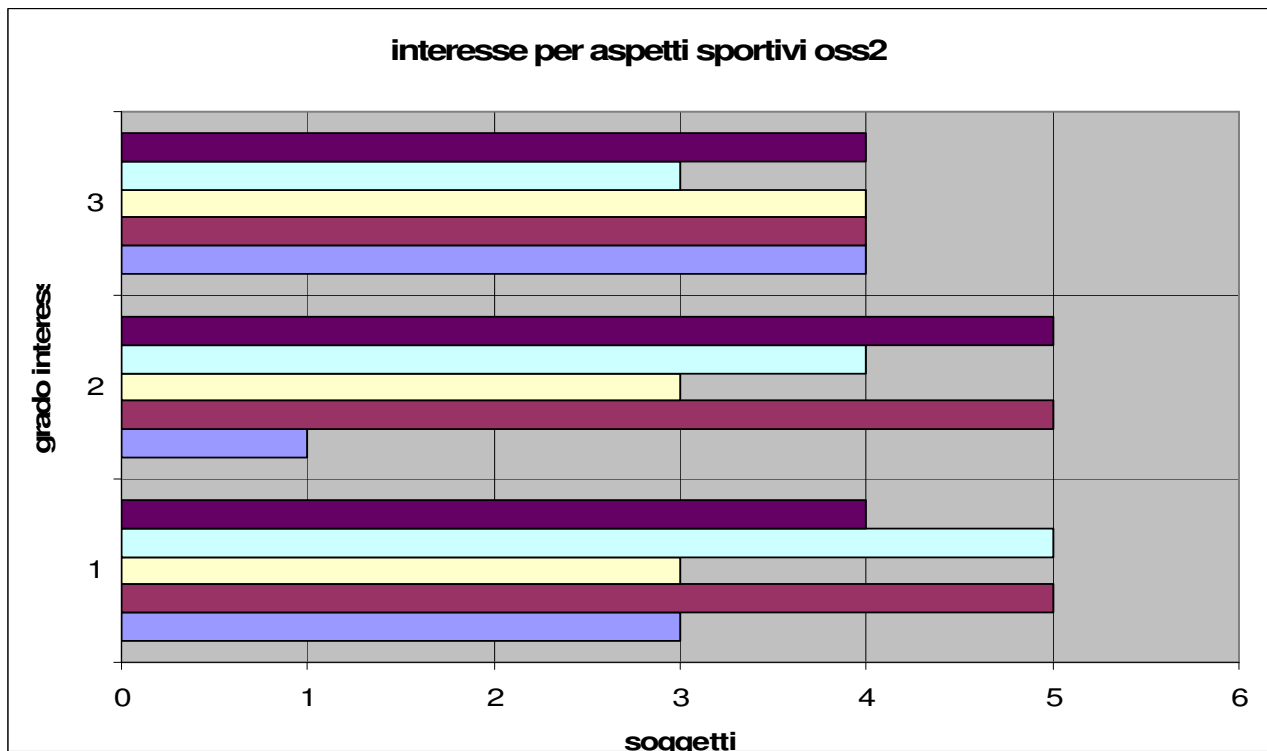
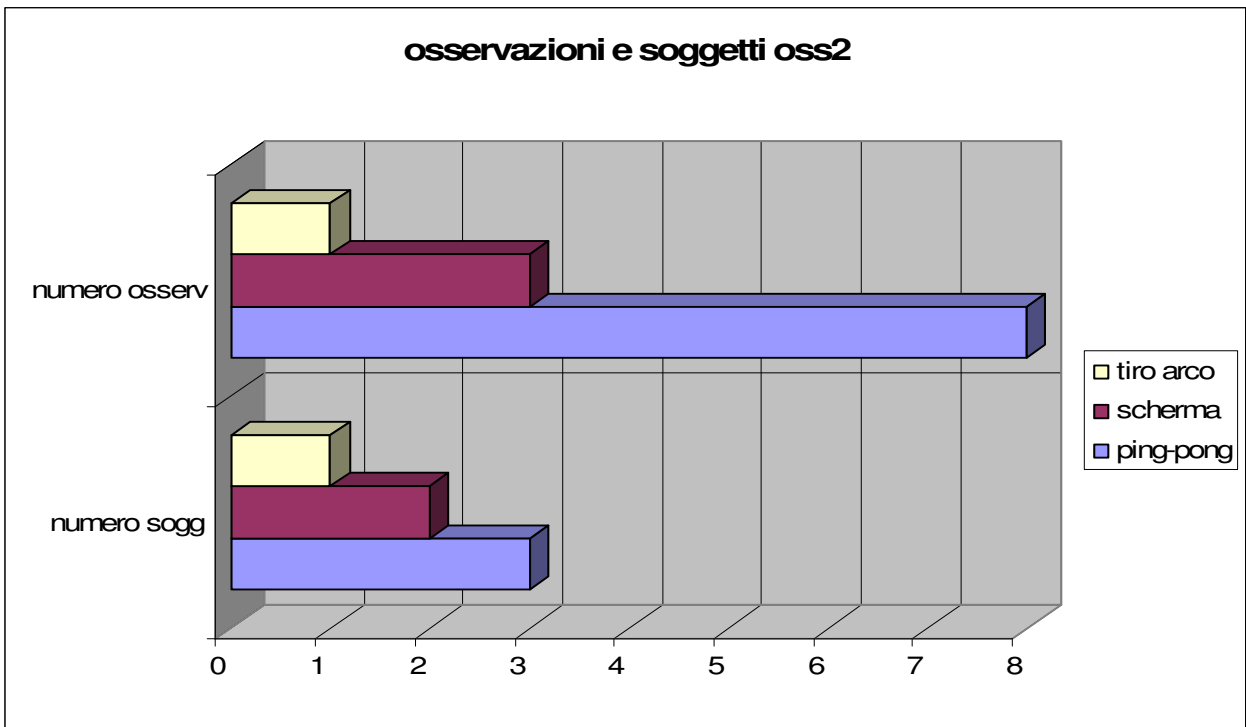


Dall'analisi dei risultati è emerso che i meccanismi di difesa maggiormente usati sono stati il rivolgimento contro il sé, la negazione, la proiezione e la rimozione. Nello specifico la scherma ha visto come meccanismi principali negazione e proiezione, il ping-pong il rivolgimento contro il sé e la negazione e il tiro con l'arco rivolgimento contro il sé e sublimazione. All'interno della variabilità e differenze riscontrate nei vari sport, si può osservare che sono 3 i meccanismi di difesa principalmente utilizzati seppur con percentuali diverse nei vari sport. Per quanto riguarda il tiro con l'arco, c'è da notare che essendo stato possibile effettuare l'osservazione su un unico soggetto, l'analisi dei meccanismi di difesa non può essere comparabile a quella ottenuta dal resto del gruppo, in quanto rispecchia semplicemente il peculiare utilizzo da parte di quella singola persona.

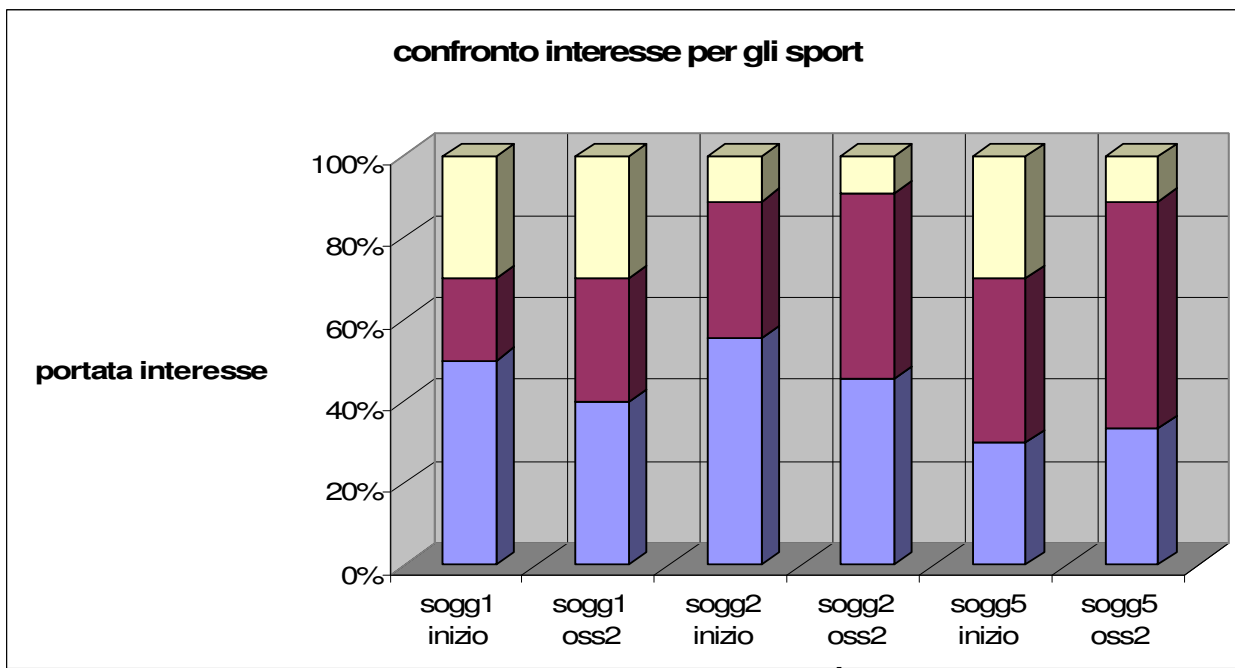
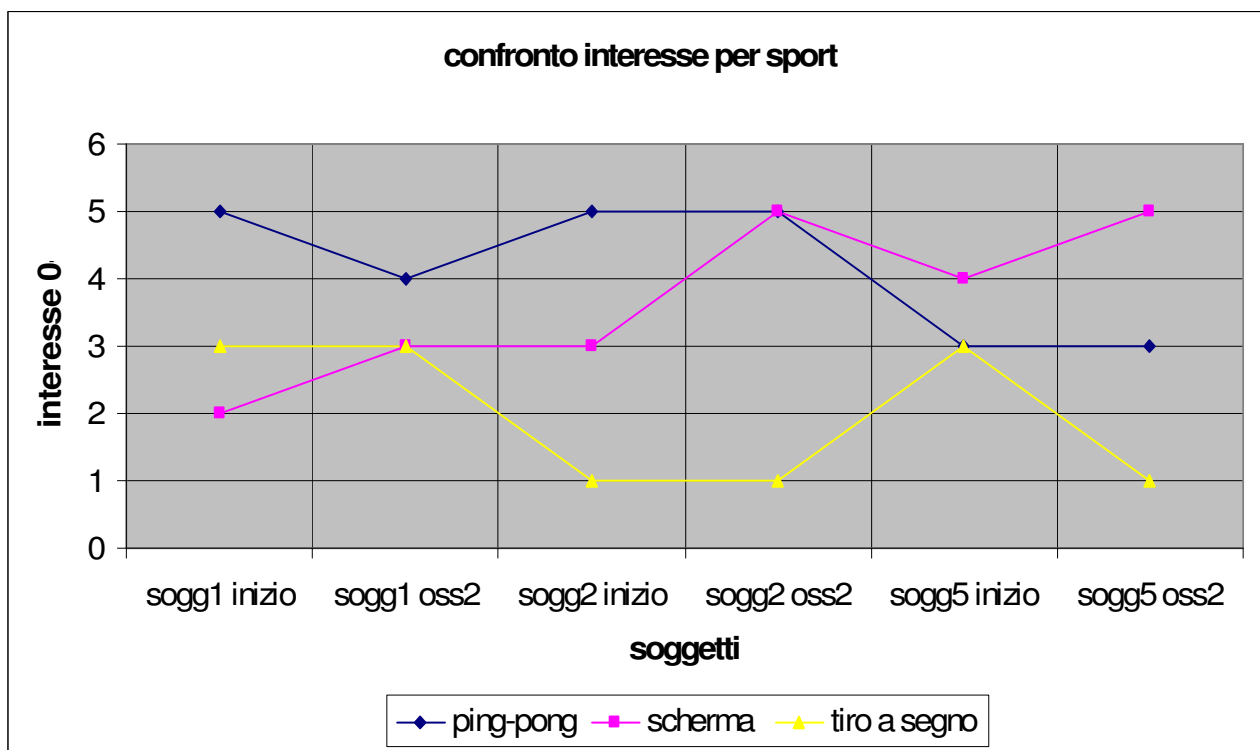
Analisi dei risultati: seconda osservazione

Nel tempo intercorso tra la prima e la seconda osservazione si segnala l'uscita dal Progetto di due soggetti per motivi indipendenti dal Progetto stesso  
 La seconda osservazione è stata condotta allo stesso modo della prima, sui restanti tre soggetti, corrispondenti ai soggetti num.1-2-5  
 Il tiro con l'arco è stato osservato su un unico paziente, diverso da quello della prima osservazione.  
 Ai partecipanti è stato chiesto di compilare un questionario riguardante l'interesse per gli sport del Progetto, gli aspetti insiti nella pratica sportiva ed un giudizio sul Progetto stesso.

### Analisi dei risultati 2: dati preliminari



## Analisi dei risultati 2 confronto tra prima della pratica e dopo





L'aspetto saliente che emerge dalla somministrazione dei questionari è che, mentre il tiro con l'arco ed il ping-pong non subiscono variazioni nell'interesse, la scherma subisce un aumento di interesse per tutti e tre i soggetti.

L'interesse per il Progetto, su una scala da 0 a 4 è connotato da due soggetti come "3" e da uno come "4"

Nell'ambito della seconda osservazione i meccanismi maggiormente utilizzati sono stati il rivolgimento contro il sé, la negazione, la proiezione e la sublimazione

Più precisamente la scherma ha visto come meccanismi principali negazione e proiezione, il

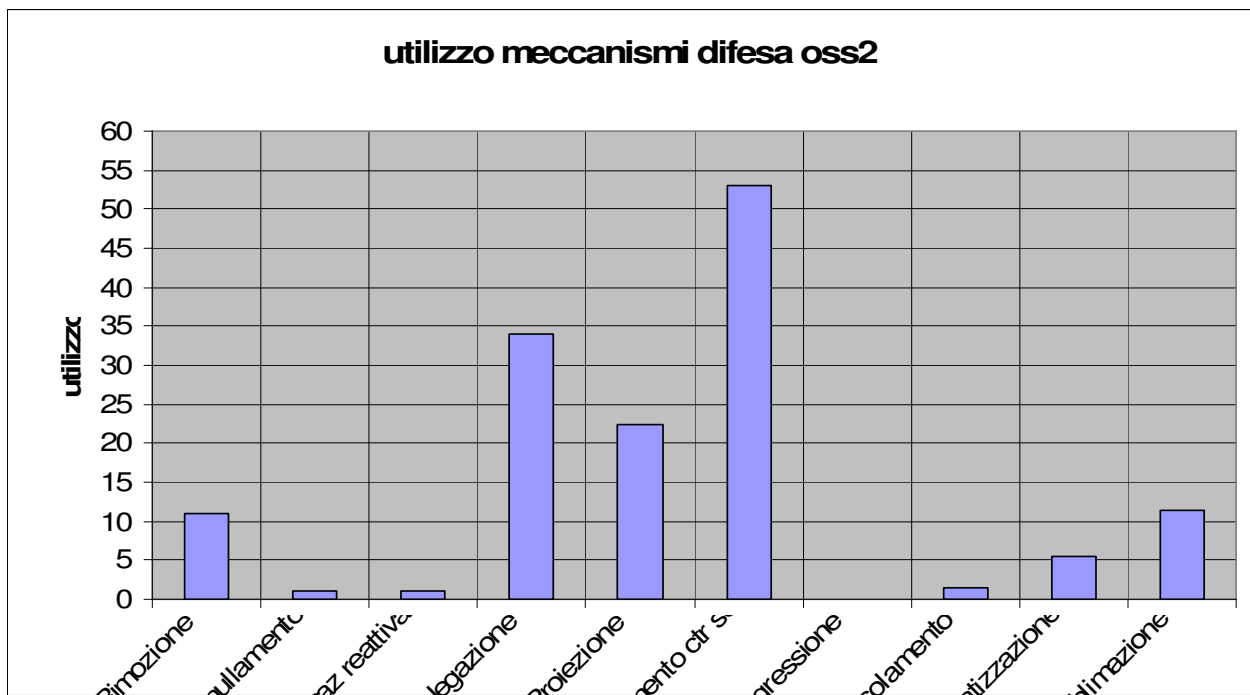
ping-pong il rivolgimento contro il sé e la negazione e il tiro con l'arco somatizzazione e il rivolgimento contro il sé.

Nell'analisi totale al quarto posto tra i meccanismi più usati si è inserita, nella seconda osservazione, la sublimazione al posto della rimozione, delineando quindi una tendenza ad un meccanismo di difesa più elevato.

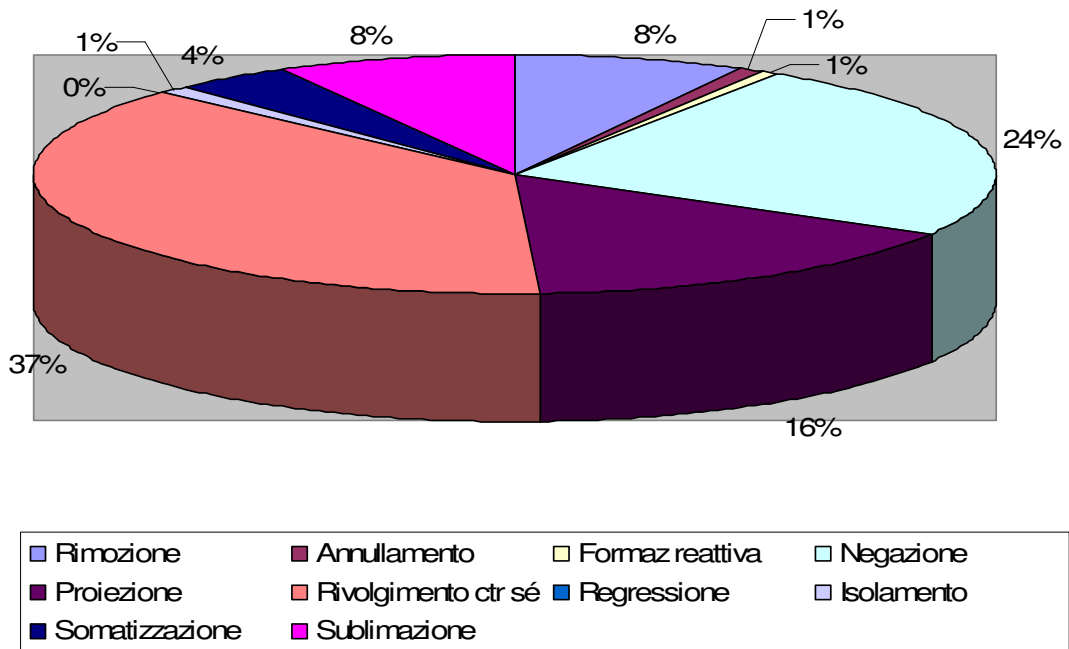
I meccanismi utilizzati nei diversi sport seguono invece ugual andamento all'osservazione 1

Per il tiro con l'arco non sono stati possibili confronti poiché è stata condotta un'osservazione sola su due soggetti diversi.

## Analisi dei dati 2: i meccanismi di difesa rilevati nell'osserv 2

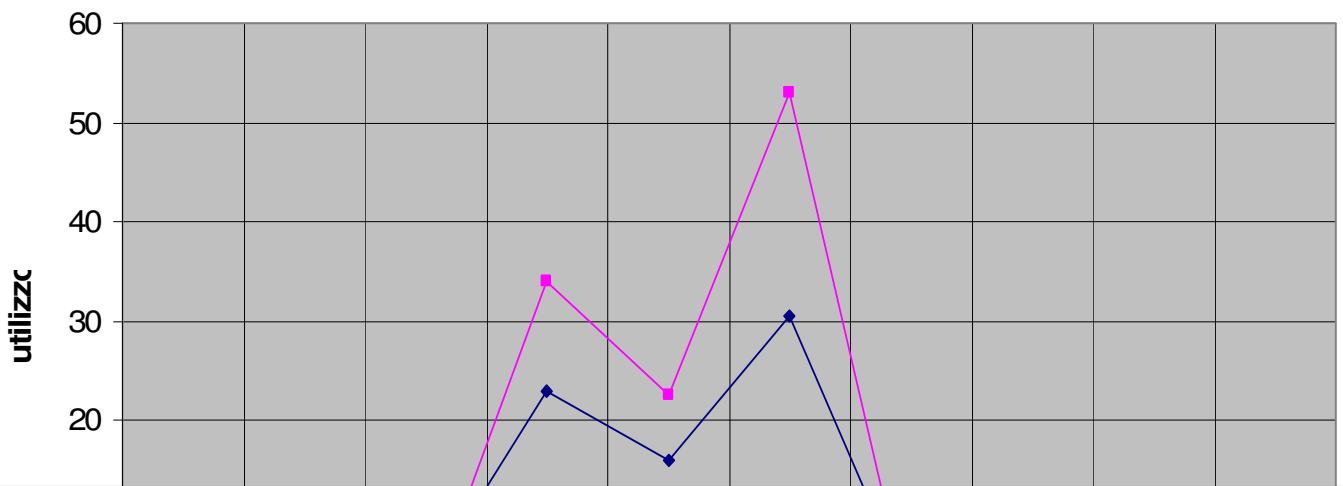


### utilizzo meccanismi difesa oss2

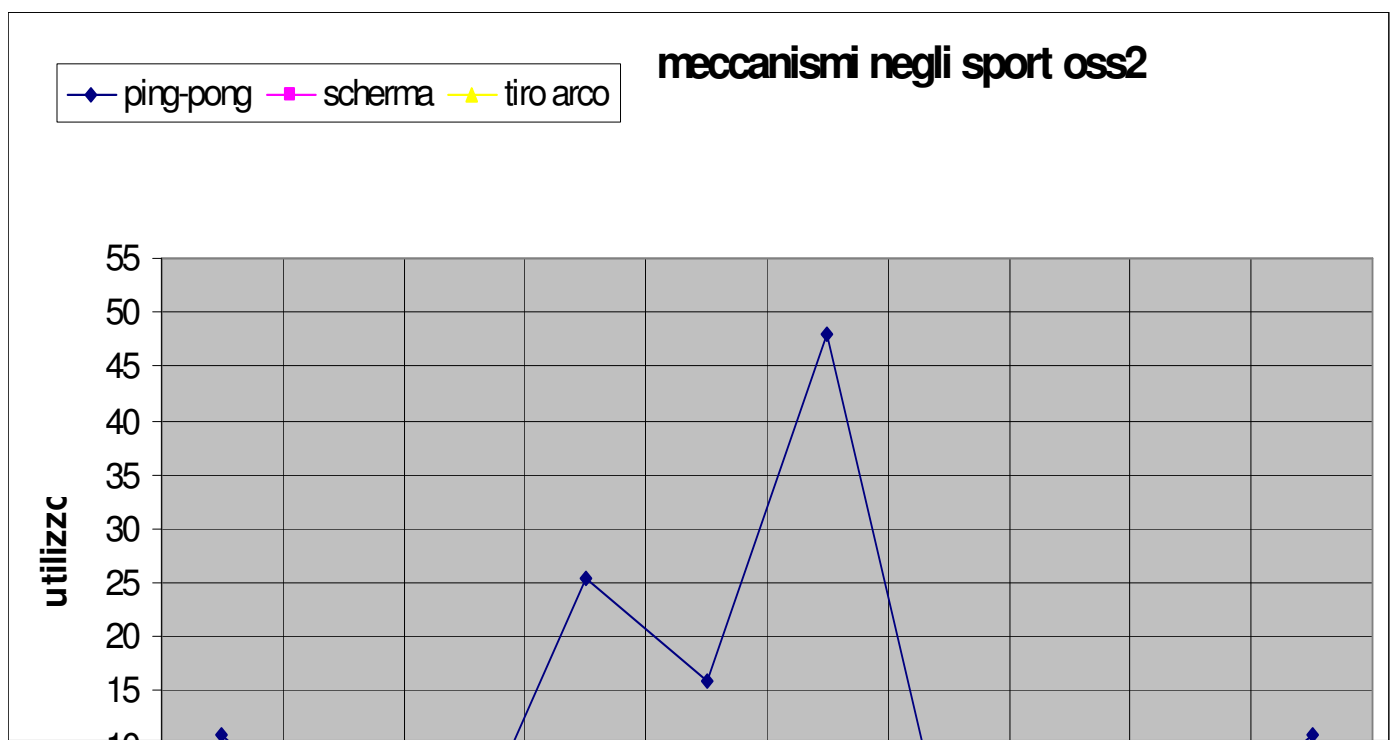


### Analisi dei risultati: confronto tra oss1 e oss2

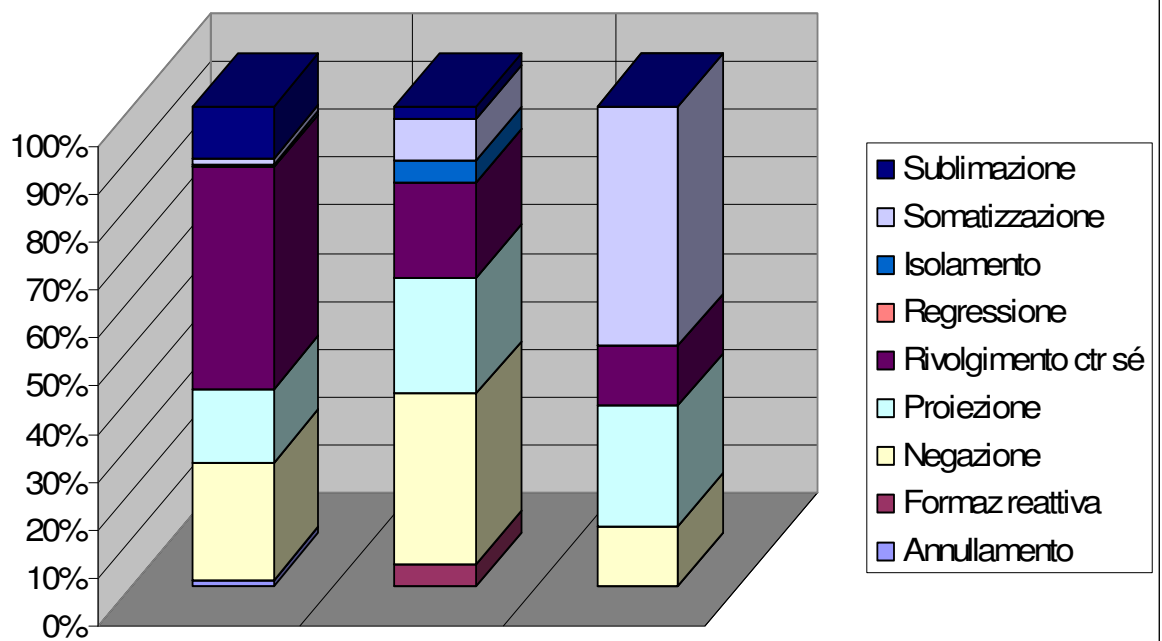
#### confronto utilizzo meccanismi oss 1-2



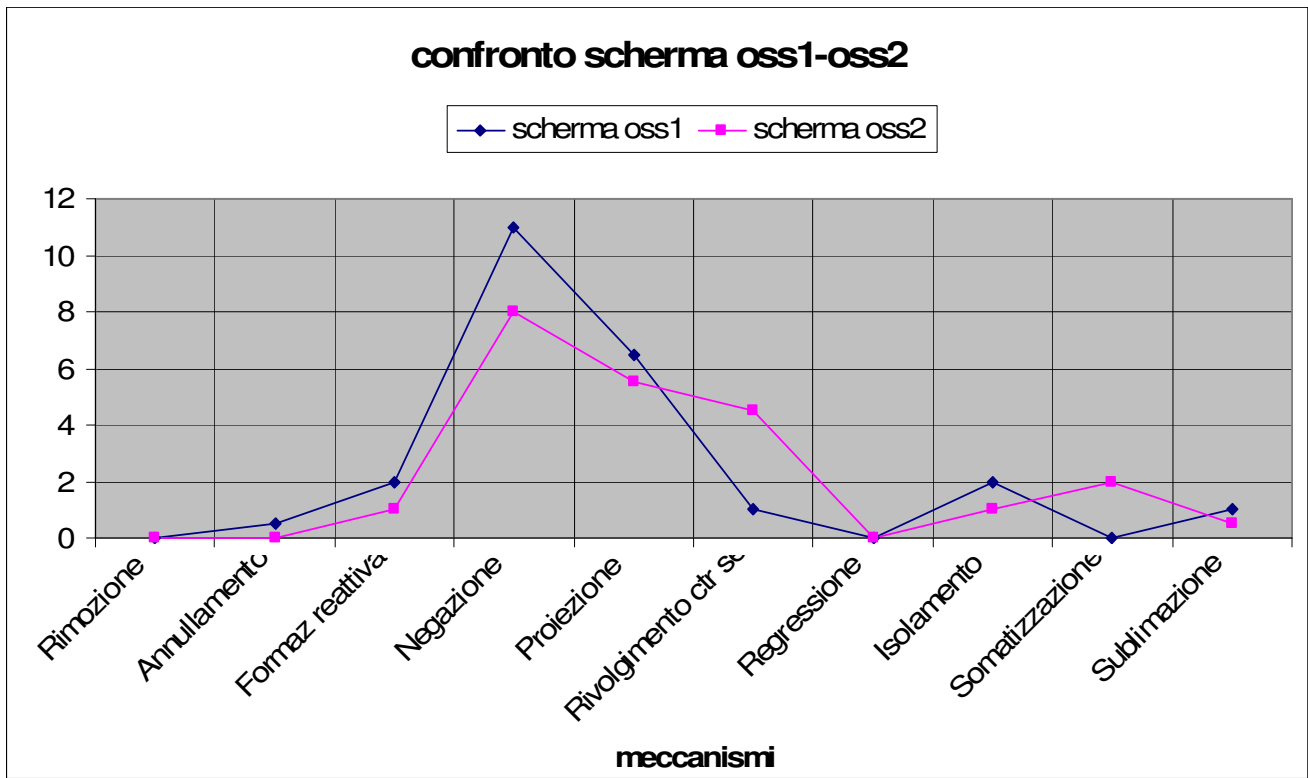
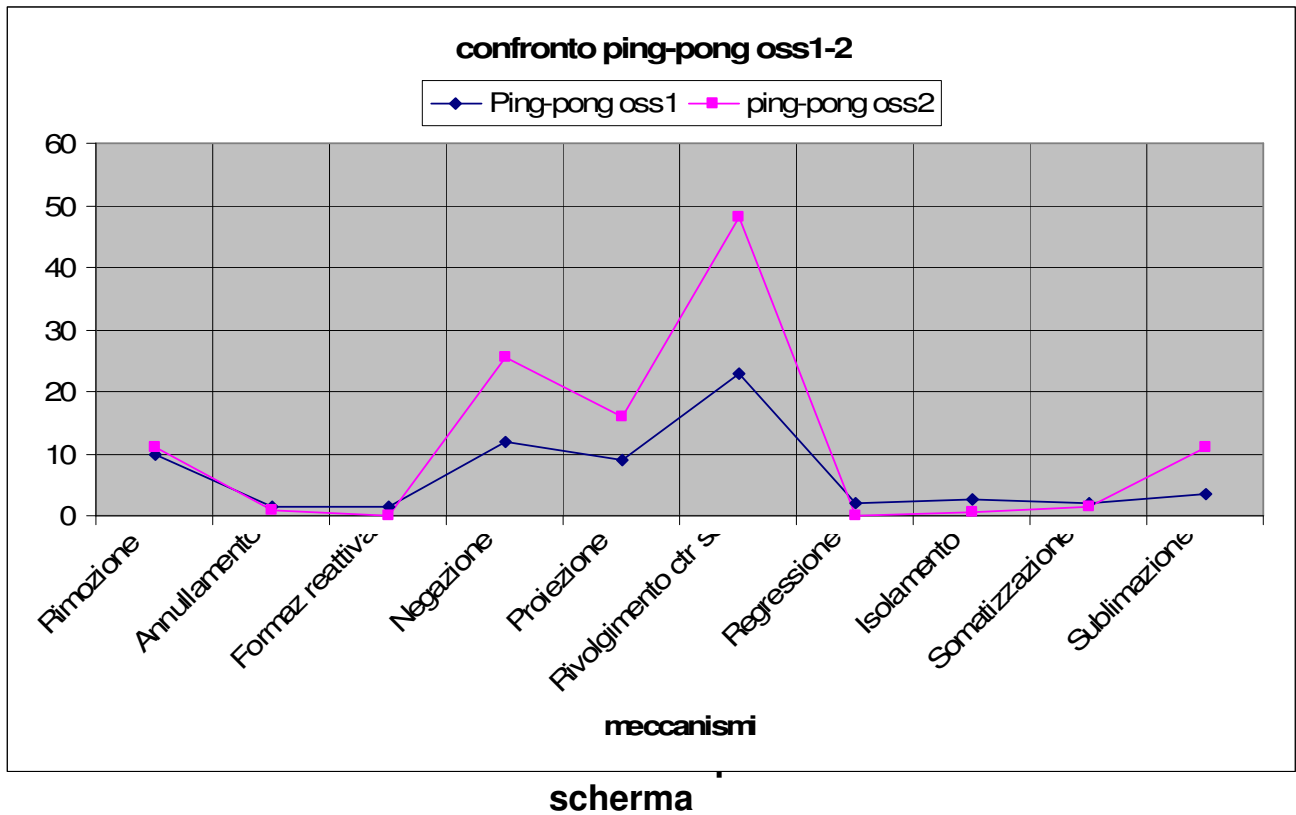
## Analisi dei risultati 2: diversificazione meccanismi negli sport



percentuale uso in sport oss2



**Analisi dei risultati confronto intrasport osserv 1 e osserv2:  
ping-pong**



## **Conclusioni**

Dalle osservazioni effettuate e dai feedback ottenuti dalle persone è emersa da parte dei partecipanti una valutazione positiva di vari aspetti legati al progetto; tra cui l'aspetto sportivo e quello psicologico-relazionale e di spazio individuale. In particolare l'introduzione della scherma ha riscosso enorme successo ed entusiasmo, così come la restituzione delle osservazioni effettuate e del lavoro svolto ha permesso alle persone di aver maggiore consapevolezza dei propri comportamenti nell'interazione con l'avversario.

Di non minore importanza inoltre l'opportunità di stare insieme agli altri e di provare nuovi sport, scoprendo in alcuni casi una passione da coltivare anche all'esterno della realtà ospedaliera.

Alla luce di questo i partecipanti hanno espresso la volontà di partecipare ad un'eventuale nuova annualità del progetto.

Tra gli aspetti da migliorare essi hanno evidenziato la possibilità di provare un maggior numero di attività sportive e di avere una pratica più continua con meno tempi vuoti.

Da parte degli operatori è emerso un giudizio positivo per quanto riguarda l'opportunità di far conoscere e praticare diversi sport in quanto attività mirate ad un recupero del proprio sé psicofisico. Inoltre è stata apprezzata la costituzione del ponte tra l'interno ospedaliero e le società sportive esterne come occasione di avvicinamento all'attività agonistica.

In effetti è stata notata nei partecipanti la nascita della passione sportiva e del desiderio di continuare la pratica anche all'esterno dell'Unità Spinale.

I punti da migliorare nell'ambito di questo progetto sono stati identificati dagli operatori stessi in una maggiore disponibilità di materiale adeguato (da ottenersi entro i tempi utili al buon andamento del Progetto), in un coinvolgimento di un numero più ampio di soggetti ed in una più estesa pubblicizzazione dell'attività.

## **Prospettive future**

Gli obiettivi e la pratica per la seconda annualità del Progetto si articoleranno in base agli obiettivi a lungo termine fissati ed alle valutazioni ottenute dalla prima annualità

Per i tre soggetti che hanno portato a termine questa annualità di Progetto, si prospetteranno una prosecuzione dell'attività e nuovi obiettivi da raggiungere

Per i nuovi soggetti che faranno parte del Progetto si ridefiniranno gli obiettivi della prima annualità e si riproporranno osservazioni, questionari e colloqui rivisti ed arricchiti dalle osservazioni emerse

## **Sviluppi metodologici**

Il metodo di osservazione clinica diretta nella pratica dell'attività sportiva ha consentito di identificare la relazione tra sport e disagio sulla base del comportamento dei soggetti durante la pratica dello sport.

Al fine di delineare tale relazione abbiamo visto come la griglia di osservazione utilizzata dalla metodologia AIPPS si dimostri un valido strumento per mostrare le correlazioni tra interruzioni del gioco ed i dieci meccanismi di difesa introdotti da A. Freud.

Tuttavia si evidenzia il problema della significatività del campione osservato per ovviare al quale è emersa la necessità di formare gli operatori dello sport con la conoscenza clinica necessaria all'analisi in modo da poter raccogliere una quantità significativa di osservazioni senza bisogno di costante assistenza da parte degli psicologi dello sport, attività costosa sia in termini di denaro che di tempo.

Per questo motivo si è pensato ad una formalizzazione della conoscenza clinica necessaria all'applicazione della psicologia clinica dello sport in questo ambito, che possa far da supporto agli educatori in un contesto di osservazione clinica diretta e che consenta di sfruttare appieno la competenza sportiva degli operatori e la loro possibilità di interagire con i soggetti osservati.

L'idea è quella di fornire agli operatori dello sport strumenti che consentano di raccogliere dati ed osservazioni in modo significativo all'analisi, pur non avendo la conoscenza clinica specifica.

Un recente studio (A.Mileo, G.Lodetti, 2007) che parte dall'intelligenza artificiale e si orienta verso l'applicazione di tecniche di ragionamento automatico in ambito medico ha ideato una tassonomizzazione della conoscenza clinica relativa ai meccanismi di difesa in particolari discipline sportive tramite il linguaggio Xml in una seconda fase si trasformano i dati così strutturati in una rappresentazione logica che li renda manipolabili da un sistema di ragionamento automatico.

Tale sistema, sulla base di particolari contesti di osservazione (un atteggiamento durante un'azione, un modo di relazionarsi con l'avversario durante un esercizio e simili) specificati nelle griglie di osservazione, fa da supporto per l'educatore/allenatore alla comprensione ed alla registrazione di determinati atteggiamenti oggetto di osservazione, costituendo la base per la scelta di eventuali interventi correttivi adeguati.

La rappresentazione del dato tramite il linguaggio XML(extensible mark-up language), è affiancata ad un sistema di regole di produzione che si definisce "intelligente" in quanto consente di trarre conclusioni applicando la conoscenza clinica tassonomizzata e fornendo le correlazioni tra l'osservazione e la rilevanza del dato sulla base delle griglie di associazione descritte dagli esperti.

Il formalismo logico utilizzato è quello dell'Answer Set Programming, un moderno paradigma basato sulla valutazione di regole logiche che consente di gestire conoscenza incompleta e non monotona e di formulare la specifica di un problema in modo intuitivo, generando soluzioni "real-time" in tempi ridotti (da poche decine di millesimi di secondo fino a qualche secondo per sistemi con un milione di regole e fatti).

In seguito alla formulazione metodologica della proposta, si è descritto un possibile prototipo chiamato CyberSport, che consentirebbe, una volta implementato, di toccare con mano i vantaggi dello strumento proposto in un contesto reale.

Si ritiene notevole il vantaggio sociale che tale studio condotto potrebbe significare nell'ambito dell'identificazione e della prevenzione del disagio giovanile attraverso la pratica sportiva tramite osservazione clinica diretta di campioni statisticamente significativi.

## Bibliografia e relazioni a convegni

- 1) G.Lodetti -Programma schermistico come attività ricreativa, ludica e terapeutica in ambito scolastico e comunale.  
In Conferenza per la presentazione del progetto/programma sportivo. Ass. P.I. Cultura e Sport Desio (Mi),  
Direzioni Didattiche 1°-2°- 3° Circolo Scuole Elementari, in collaborazione con L'Università degli Studi di Milano  
Istituto di Psicologia della Facoltà Medica -Fis e Coni, 8 giugno 1988 -Aula Consigliere Comune di Desio (Mi)
- 2) G.Lodetti, C. Ravasini, (pref. Marcello Cesa Bianchi), "Aspetti psicoanalitici dell'attività sportiva", Ghedini Editore, Milano, 1990.
- 3) G.Lodetti , "Aspetti psicoanalitici dell'attività sportiva, nuove metodologie di osservazione clinica applicate alla scherma nell'età evolutiva", VIII Congresso Nazionale di Psicologia dello Sport, Lo Psicologo dello sport tra pubblico e privato: ruolo, compiti, prospettive, 20-22 Aprile 1990 Senigallia.
- 4) G.Lodetti C.Ravasini "Nuove metodologie di osservazione clinica applicate alla scherma nell'età evolutiva", Atti dell'VIII Congresso Nazionale di Psicologia dello Sport "Lo psicologo dello sport tra pubblico e privato: ruolo, compiti, prospettiva" (in "Movimento" n°1, anno VII, 1991, Roma).
- 5) G.Lodetti, Marco Mandelli, (pref. C.Ravasini) "La nascita del "Progetto Campus" nelle scuole elementari in Italia: piano operativo, finalità e prospettive per una nuova società polisportiva" Pubblica Istruzione, Comune Desio-CONI editori,1991.
- 6) G.Lodetti "Aspetti psicoanalitici dell'attività sportiva: prospettive ed eventuali interventi nella struttura scolastica ed extrascolastica", atti del I Convegno Sport ed Educazione giovanile -Riflessi di carattere psicologico e sociale 26 Febbraio 1994,Milano.
- 7) G.Lodetti "Aspetti terapeutici comparativi all'attività sportiva schermistica e prospettive terapeutiche per altre discipline" (in "Sport&Educazione giovanile" 1995).
- 8) E.Crotti, L.Grechi, G.Lodetti, A.Magni, F.Pesenti "Metodo comparativo fra i meccanismi di difesa in campo sportivo e l'analisi della scrittura: confronto con i risultati delle osservazioni cliniche dirette" (in "Sport&Educazione giovanile" 1995).
- 9) C.Ravasini, G.Lodetti, "Prospettive ed eventuali interventi nella struttura scolastica ed extrascolastica" (in "Sport&Educazione giovanile" 1995).
- 10) G.Lodetti, Carlo Ravasini, "Sport&Educazione giovanile", riflessi di carattere psicologico e sociale, Atti del primo Convegno Sport&Educazione giovanile, Milano 26 Febbraio 1994- Association International Psychologie et Psychoanalyse du Sport, Ghedini Editore Milano 1995.
- 11) G.Lodetti, "Scherma:sviluppa la personalità degli adolescenti ed insegna a controllare l'aggressività", "La Gazzetta dello Sportivo" p.9 , 25 agosto venerdì 1995).
- 12) G.Lodetti, "Tanto sport e i bambini crescono", "La Gazzetta dello Sportivo" -supplemento settimanale de "La Gazzetta dello Sport", p.18, venerdì 15 settembre,1995).
- 13) G.Lodetti, C.Ravasini, "Psychoanalytical aspects of Sport Activity: the Defense Mechanisms" 1st Congress of World Council for Psychotherapy, Vienna, 30 giugno- 4 luglio 1996.
- 14) G.Lodetti, "Ricerche, modello e sviluppi della psicologia clinica applicata allo



sport: cenni di critica epistemologica”, Tesi di Laurea Facoltà Lettere e Filosofia Università degli Studi di Milano A.A.1997-98.

15) G.Lodetti, “Handicap e sport: la disciplina schermistica "pane per tutti i denti", "Professione Fitness" n.1 Gennaio 1998, anno 5, pagg. 114-116.

16) G.Lodetti, “Programma schermistico come attività ricreativa, ludica e terapeutica in ambito scolastico e comunale” Ass. P.I. Città di Desio (Mi) Direzioni scolastiche Statali 1-2-3 Circolo CONI - Fis Università degli Studi di Milano Cattedra di Psicologia Clinica 8 giugno 1988 Sala Consigliare Comune di Desio (Mi).

17) G.Lodetti , “Aspetti preventivi ed integrativi dell'attività sportiva. La psicologia clinica e la scherma liberano tutti- da vecchi pregiudizi”, atti del Convegno Internazionale “I disabili ed il loro pieno diritto alla pratica sportiva: storia e percorso del movimento sportivo disabili in Europa”, Comune di Milano Commissione Europea D6x Sport for people with disabilities, 29 Maggio 1998 Milano.

18) G.Lodetti , Tavola Rotonda "Storia sociale e sport", 1 luglio 1998, Casa della Cultura di Milano.

19) G.Lodetti, “Il commercio del Ludus: considerazioni un po' troppo ciniche sul destino dell'attività sportiva”, "Circolo Vizioso" n 0 2 maggio 1999 Webzine di Filosofia sotterranea.

20) G.Lodetti, “L'integrazione corre a fil di lama”, "Gazzetta dello Sportivo", 21 maggio 1999, pagina 21.

21) G.Lodetti , "Sport: il gesto motorio e le opportune interpretazioni nella disabilità mentale", "Teatro delle Erbe", 30 maggio 1999. Comune di Milano

22) G.Lodetti , "Le valenze terapeutiche e socializzanti dello sport: percorsi di integrazione nella realtà della disabilità", atti del Convegno "Disabilità sport e salute" - Auditorium Comunale Nova Milanese Comune di Nova Milanese e ASL 3 Milano 2 Dicembre 1999.

23) G.Lodetti, “Mio figlio vedendo la scherma ha chiesto di poterla praticare; ha 15 anni ed affetto dalla Sindrome di Down”, "Professione Fitness" n.6 Dicembre 1999, anno 6, pagg. 84-85.

24) G.Lodetti , “Riflessioni su sport ed educazione al sociale. Prevenzione al disagio giovanile ed integrazione dei diversamente abili”, Giugno 2000, Tavola Rotonda Patrocinata dal Comune di Milano e dall'Unicef:

25) G. Lodetti e K. Del Vento; pref. M. Marcello Lodetti "La scherma nella scuola del 2000" ed.Meridiana AIPPS, giugno 2000.

26) G.Lodetti , “Abilità possibili?”, Tavola Rotonda, Novotel Milano Est, in occasione della V° Prova Coppa del Mondo Assoluta di Sci Nautico e del Campionato Europeo per disabili organizzati dalla FISN 29 Agosto 2000.

27) G.Lodetti, Congresso "Sport e disabili: organizzazione e struttura", Pavia 22 settembre 2000, organizzato dall'Assessorato Provinciale allo Sport Coni Provinciale di Pavia.

28) G. Lodetti", “Un gioco in maschera che aiuta a conoscersi",Gazzetta dello Sport, Sabato 7 ottobre 2000 p.35

29) G.Lodetti, Presentazione Progetti AIPPS di ricerca e di intervento sul territorio, Forum International des Association"Ville de Lyon, Lione 1-4 dicembre 2000.

30) G.Lodetti, atti del Convegno "Non solo per celebrare ma anche per innovare", Regione Trentino, Cavalese (TN), Sabato 9 dicembre 2000.

31) G.Lodetti, atti del Convegno-Tavola Rotonda su “Lo sport nel mondo del disagio fisico e mentale” Comune di Milano Direzione Centrale Decentramento Territoriale Zona 2 e Polisportiva Milanese Sala Visconti Starhotel, Milano 12 ottobre 2001.

- 32) G.Lodetti, atti del Convegno-Tavola Rotonda su "Disagio giovanile e sport" Piazza della Loggia Brescia sotto il Patronato Presidenza del Capo dello Stato 11 settembre 2001.
- 33) G.Lodetti , "XML e Psicologia . Un incontro tra un metalinguaggio ed il linguaggio Analitico Transazionale", Congresso "XML per tutti" Università degli Studi di Milano Dipartimento Tecnologie dell'Informazione, Crema 30 Giugno 2001.
- 34) G.Lodetti, atti del Convegno–Tavola Rotonda 'L'allenatore: amico educatore o tiranno?' Milano Sala Appiani Arena Civica 4 aprile 2001 Comune di Milano Settore Socio Sanitario Area Giovani.
- 35) G Lodetti, "L'indipendenza arriva con la scherma" Gazzetta dello sport 9 novembre 2001 pag 31.
- 36) G Lodetti, "I progetti Aipps e la loro applicazione", atti del VI Convegno Società Italiana di Pediatria "Bambini ed adolescenti, i modi della comunicazione" Comunicazione in aula Magna G. R. Burgio, Pavia 26-27 novembre 2002 Ospedale S. Matteo.
- 37) G.Lodetti , "Approccio psicologico alle diverse abilità", atti del III° Convegno "Sport e Salute" - Comune di Settimo Milanese, 18 ottobre 2002.
- 38) G.Lodetti , " Scherma e disabilità...percorsi per una corretta applicazione delle discipline sportive nel mondo delle diverse abilità", atti del Convegno I° Internazionale Sala dei Congressi West Garda Hotel Pedenghe sul Garda 24 Maggio 2002
- 39) G.Lodetti, atti del Convegno Nazionale A.I.A.T. Napoli 20 .22 Aprile 2002 Maschio Angioino- La guarigione - Facilitatore Dr. Giovanni Lodetti.
- 40) G Lodetti "Violenza e sport, una radice comune?, -Link- Rivista scientifica di psicologia, , Dicembre 2002  
pag 36-38 Organo quadrimestrale Fissp Federazione Società Scientifiche di Psicologia Anno 1 numero 1.
- 41) G.Lodetti , "Sporthandicap", atti del Convegno di studi Auditorium Banca Cis - Cagliari Giovedì 4 dicembre 2003 Panathlon Club Cagliari .
- 42) G.Lodetti, Ciclo IV Conferenze . Giocolandia –Ecce Homo Ludens- Milano 20-27 ottobre 10-17 novembre 2003, Comune di Milano Settore Biblioteche .Biblioteca Venezia.
- 43) G.Lodetti, Seminari. Pallacanestro con handicap...voglia di vincere.Regione Lombardia.Famiglia e Solidarietà Sociale –Iride Coop Sociale di solidarietà "Il gioco e lo sport per tutti noi: la visione psicologica di crescita condivisa , elementi per una didattica costruttiva",Crema 16 maggio 2003, Cremona 30 maggio 2003, Casalmaggiore 12 giugno 2003.
- 44) G.Lodetti, Congresso "Zorro Cyrano e d'Artagnan ...chi sono e cosa vogliono da noi ? Quattro chiacchiere sul giocare oggi allo schermitore." Direzione Scientifica e relatore Dr. Giovanni Lodetti. A.I.P.P.S. onlus, Villa Dei Colli Lonato Onlus - Lonato (Brescia) 22 giugno 2003 Regione Lombardia Settore Famiglia.
- 45) G.Lodetti , I Seminario- incontro organizzato da Villa dei colli Lonato Onlus "Lo sport come prevenzione al disagio giovanile", presso Sedena Comunità Exodus (Brescia) Sabato 12 aprile 2003.
- 46) G Lodetti "L'aggressività ed il suo "cursus" nel gioco e nello sport. Approfondimenti nell'ottica dell'interpretazione clinica ed etologica" Atti del 25° Convegno Europeo Giornate pediatriche d'inverno Madonna di Campiglio 9-14 febbraio 2003 p 153-169 Mondadori Editore- Presidenza Consiglio dei Ministri. Società Italiana di Pediatria.
- 47) M.Lodetti, G.Lodetti La scherma, tecnica, didattica, psicologia. Edizioni Mursia, Milano, 1995.( I° riedizione con aggiornamenti, settembre 2003).

- 48) G.Lodetti , “Aspetti di prevenzione al disagio giovanile all’interno delle realtà scolastiche del primo ciclo, progetti e modalità di intervento”, atti del Convegno “ Scuola e sport, insieme per educare”-Workshop- Il mondo dello sport al servizio dell’educazione, C.O.N.I. , Regione Lombardia Sport, Direzione Regionale Scolastica della Lombardia MIUR. Aula Magna Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano 26 –27 novembre 2004.
- 49) G.Lodetti , “Handiamo”-Dal sociale verso le nuove professioni” - Convegno di studio Tensostruttura Parco delle esposizioni di Novegro Segrate Milano, 18 settembre 2004 in MilanoFitness 2004.
- 50) G.Lodetti , G. Oldani “ Chi si dopa ... bara ” in Professione Fitness N°6 Anno 11, novembre - dicembre 2004, pag. 98-99 .
- 51) G.Lodetti “Per crescere sani” in Sport Donna Anno1 Numero 2, Aprile 2004 pag. 36 – 37.
- 52) G.Lodetti “I moschettieri di mamma” in Sport Donna Anno 1 Numero 1 Marzo 2004 pag. 42 – 44.
- 53) G.Lodetti, Convegno “Una Psicologia DOC in Lombardia”, “Il futuro della psicologia: standard scientifici di una nuova pratica, i percorsi formativi nella psicologia dello sport”, 21 dicembre 2005 Milano- AUPI - PAL
- 54) G.Lodetti, “Lo sport e la disciplina schermistica, ponte relazionale e motivazionale nella crescita dell’individuo; dal primo approccio all’alto livello”, Convegno “ La preparazione fisica degli schermatori di alto livello”, Milano 24 settembre 2005 Palazzo delle Federazioni Via Piranesi 44 Milano.- Comitato Regionale Lombardo Federazione Italiana Scherma- Associazione Italiana Maestri di Scherma.
- 55) G.Lodetti, “Scherma ed aspetti di psicologia clinica: ricerca e progetti”, Convegno “Il bambino e la scherma: uno sport per la vita” Sala Congressi 105 Stadium Rimini, 17 maggio 2005- Federazione Italiana Scherma.
- 56) G.Lodetti, “Il ruolo dell’attività sportiva nel contesto formativo dei diversamente abili e dei normodotati.Programmi di intervento sul ruolo sociale del sistema scolastico e sportivo di base”.  
Convegno “ Spazio Handiamo...verso la città ideale” Parco espositivo di Novero (Mi), 30 aprile 2005- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali- Regione Lombardia- Comitato Paralimpico Italiano.
- 57) G.Lodetti, “Disturbo da deficit di attenzione con iperattività. Sport e analisi transazionale”, Link, rivista scientifica di psicologia, organo Fissp-Aupi, 2 settembre 2005..
- 58) G.Lodetti, “ Scherma ed aspetti di psicologia clinica:ricerca e progetti”. Atti del Convegno “Il bambino e la scherma,uno sport per la vita”, 3 agosto 2005.
- 59) G.Lodetti, “Disturbo da deficit di attenzione con iperattività. Sport ed Analisi Transazionale”, Link, rivista scientifica di psicologia, organo Fissp-Aupi. Anno 2 numero 6 gennaio 2005.
- 60) G.Lodetti, “Lygdamis, Azioni formative per lo studente attraverso lo sport”, “Psicologia ed attività sportive”, “La famiglia e le attività sportive”, “Il rapporto genitori-figli nello sport”, “ Il rapporto fra fratelli nello sport”, “Analisi comparata con gli altri settori della vita associativa”, “Sport individuali,affiliazione da isolamento o somma libertà di espressione?”, “Le discipline sportive a sostegno dei processi educativi”, “La scherma, storia e tradizione della scherma in Europa e nel mondo”, “La pratica per i giovanissimi: la ludoteca della scherma”, Atti del Convegno ‘Dykon, fanciullo d’Olimpia’, Siracusa 29-30 novembre , 1-2 dicembre 2006.
- 61) G.Lodetti, “Scherma ed aspetti psicologici; Origine antropologica e clinica di una disciplina complessa”, Passione Stoccata Anno I n°. 8-novembre 2006 pag. 30.

- 62) G.Lodetti, "La disciplina della scherma come materia applicata in campo psicologico . Alcuni esempi nell'età evolutiva e nella diversa abilità", Congresso FIE IWAS, mondiali di scherma di Torino 2006.
- 63) G.Lodetti, "Psicologia e scherma: strumenti di servizio", "Passione Stoccata", Anno II n 9 Gennaio 2007 p 13.
- 64) G.Lodetti, "La Psicologia dello Sport quale pratica per migliorare ed implementare gli stili di vita salutari", Atti del Convegno organizzato dall'OPL (Ordine degli Psicologi della Lombardia) "La psicologia tra promozione e benessere", 4 giugno 2007.
- 65) G.Lodetti, V. Tummino "Psyche and fencing. Sports and growth metaphors", Xth European Congress of Psychology, Praga, 3-6 luglio 2007.
- 66) G.Lodetti, V. Tummino (coautori: Gaia Oldani, Angela Fiorletta, Luca Celotti) "The Psychology desk and the sports practise in a Clinical Spinal Cord Unit. Model and applied practise", Xth European Congress of Psychology, Praga, 3-6 luglio 2007
- 67) G.Lodetti, V. Tummino (Ospedale Sant'Anna, Como), "Clinical Sports Psychology: origins and developments", Xth European Congress of Psychology, Praga, 3-6 luglio 2007.
- 68) A. Mileo, "CyberSport, un sistema intelligente per il supporto agli educatori nella prevenzione del disagio giovanile attraverso lo sport", correlatore-tutor Dr. G.Lodetti, Master di II° livello in organizzazione e sociologia dello sport, anno accademico 2006/7, Università degli Studi di Milano Bicocca
- 69) G.Lodetti, "Prevenzione attraverso lo strumento sportivo con metodologie di ricerca in psicologia clinica. Applicazioni virtuose sul territorio", atti del Convegno "Prevenzione un non luogo o dimensione etica", Ascoli Piceno 22-23-24 novembre 2007.
- 70) G.Lodetti, "La musica e lo sport. Esperienze parallele e loro applicazione in modelli pedagogici", "Il progetto "Corteggiano" dell'Association International de Psychologie et Psychoanalyse du Sport", "Le musiche dei grandi compositori per le danze sportive", "Lo sport e i minori. Politiche di intervento per minori a rischio", "L'adolescente a rischio", "Riconoscimento e prevenzione delle devianze adolescenziali", atti del Convegno Internazionale "ERCOLE, il mito dell'eroe", Siracusa, 28/29/30 Novembre – 1 Dicembre 2007.
- 71) G.Lodetti, E.Pomesano, "Bioenergetica e psicologia clinica dello sport: una possibile integrazione?", Link, rivista scientifica di psicologia, organo Fissp-Aupi, in corso di pubblicazione.