



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

Sede Amministrativa: Università degli Studi di Padova

Dipartimento di *Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata*

---

SCUOLA DI DOTTORATO DI RICERCA IN: Scienze Pedagogiche, dell'Educazione e della  
Formazione

INDIRIZZO: Comune

CICLO XXVI

### **TITOLO TESI**

**Il ruolo degli operatori sanitari nel motivare all'attività fisica utenti dei  
servizi psichiatrici**

**Direttore della Scuola:** Ch.mo Prof. Marina Santi

**Supervisore:** Ch.mo Prof. Attilio Carraro

**Dottoranda :** Ilaria Ferri

# INDICE

<b>ABSTRACT</b>	<b>pag. 1</b>
<b>1. INTRODUZIONE</b>	<b>pag. 5</b>
1.1. Aspetti storici della Psichiatria in Italia	pag. 7
1.2. La rivoluzione del 1978: “la Legge 180”	pag. 9
1.3. Il trattamento delle psicosi	pag. 13
1.3.1 <i>Il ruolo degli operatori sanitari dell’equipe di cura e l’attività fisica come strumento di promozione della salute</i>	pag. 17
1.4 Nota terminologica	pag. 19
<b>2. MOTIVAZIONE E ATTIVITÀ FISICA</b>	<b>pag. 21</b>
2.1 Teorie sulla motivazione e l’Attività Fisica	pag. 21
2.2 Motivazione e attività fisica in persone con disturbi psichiatrici gravi	pag. 28
<b>3. BENEFICI, BARRIERE E FACILITATORI DELL’ATTIVITÀ FISICA</b>	<b>pag. 31</b>
3.1 Attività fisica e disturbi psicotici	pag. 31
3.2 Benefici, Barriere e Facilitatori delle proposte di attività fisica per gli utenti dei servizi psichiatrici territoriali	pag. 34
<b>4. SCOPO DELLA RICERCA</b>	<b>pag.37</b>
<b>5. MATERIALI E METODI</b>	<b>pag. 38</b>
5.1 Partecipanti	pag. 38
5.1.1 <i>CSM di Piove di Sacco e CTRP “La Lanterna”</i>	pag. 39
5.1.2 <i>CSM di Cittadella, CD di Cittadella e Galliera Veneta</i>	pag. 40
5.1.3 <i>CSM di Mestre Nord</i>	pag.41
5.1.4 <i>A.S.D. Bellaria Solidarietà</i>	pag. 42
5.1.5 <i>A.S.D. Global Sport Lario</i>	pag. 42
5.1.6 <i>A.S.D. Bonola Boys</i>	pag. 43
5.1.7 <i>A.S.D. Funicolà</i>	pag. 43
5.1.8 <i>Associazione Polisportiva Gorizia 2001</i>	pag. 43
5.2 Strumenti	pag. 44
5.2.1 <i>Questionari</i>	pag. 44
5.2.2 <i>Focus Group</i>	pag. 47
5.3 Procedure	pag. 48
5.4 Analisi statistica	pag. 50
5.5 Analisi Qualitativa	pag. 51
<b>6. RISULTATI ANALISI STATISTICHE</b>	<b>pag. 53</b>
6.1 Statistiche descrittive	pag. 53
6.2 <i>t</i> -test per campioni indipendenti	pag. 54
6.3 Anova Univariata	pag. 55

6.4 Correlazioni	pag. 59
<b>7. RISULTATI ANALISI QUALITATIVA</b>	<b>pag. 63</b>
7.1 Analisi del contenuto dei Focus Group	pag. 63
7.1.1 <i>Categoria Ambiente</i>	pag. 65
7.1.2 <i>Categoria Aspetti gestionali</i>	pag. 68
7.1.3 <i>Categoria Attività</i>	pag. 75
7.1.4 <i>Categoria Comunicazione</i>	pag. 82
7.1.5 <i>Categoria Crescita Personale</i>	pag. 86
7.1.6 <i>Categoria Enjoyment</i>	pag. 91
7.1.7 <i>Categoria Gruppo</i>	pag. 94
7.1.8 <i>Categoria Malattia</i>	pag. 97
7.1.9 <i>Categoria Motivazione</i>	pag. 103
7.1.10 <i>Categoria Partecipazione</i>	pag. 108
7.1.11 <i>Categoria Ruoli</i>	pag. 110
7.1.12 <i>Categoria Supporto</i>	pag. 116
7.1.13 <i>Categoria Dimensione Relazionale</i>	pag. 118
<b>8. DISCUSSIONI</b>	<b>pag. 123</b>
8.1 Suggestioni sulle caratteristiche delle proposte di AF con utenti psichiatrici: buone pratiche.	pag. 127
<b>9. CONCLUSIONI</b>	<b>pag. 135</b>
<b>10. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>pag. 136</b>
<b>11. SITOGRAFIA</b>	<b>pag. 150</b>
<b>12. ALLEGATI</b>	<b>pag. 151</b>

## ABSTRACT

I disturbi psicotici cronici si collocano tra le patologie a più alto impatto sulla qualità della vita di chi ne è affetto: per la disabilità che comportano, per lo stigma sociale cui è soggetto chi ne soffre e per le difficoltà che coinvolgono i familiari e i servizi assistenziali. Si stima che l'1.7% della popolazione italiana richieda almeno un trattamento all'anno ai servizi di salute mentale territoriale: di questi, almeno un quinto è a causa di disturbi psicotici. L'intervento terapeutico in genere prevede l'uso di terapie psicofarmacologiche associate a trattamenti psicoterapeutici, educativi e riabilitativi multidisciplinari, tra i quali assume sempre maggiore rilevanza l'attività fisica (AF). La ricerca ha infatti messo in evidenza come essa possa influenzare positivamente il trattamento dei disturbi psicotici, che sono fortemente associati a sovrappeso ed obesità e ad un elevato rischio di sviluppare patologie croniche come diabete di tipo 2, malattie cardiovascolari e sindrome metabolica. Inoltre questi disturbi sono associati a maggiori livelli di sedentarietà e a minori livelli di qualità della vita rispetto alla popolazione generale. L'AF regolare, per contro, migliora i profili lipidici, la composizione corporea e il metabolismo del glucosio, diminuisce la pressione arteriosa e ha effetti positivi sull'umore e sui livelli d'ansia. Gli ostacoli principali che queste persone incontrano nell'aderire a programmi di AF regolare sono collegati principalmente alla patologia e alle condizioni socioeconomiche ad essa correlate. Gli effetti collaterali dei farmaci antipsicotici, la mancanza di motivazione, la scarsa concentrazione e la difficoltà ad accedere a proposte di attività, limitano le capacità e le possibilità d'esercizio di queste persone e ostacolano la partecipazione a programmi di AF regolare in modo duraturo. La letteratura ha messo in evidenza l'importanza e l'utilità d'interventi educativi che aiutino le persone che soffrono per questi disturbi a prendere consapevolezza della malattia e a conoscerne i rischi correlati, per cercare di migliorare l'aderenza alle cure. Inoltre, crescenti evidenze sottolineano il ruolo fondamentale degli operatori sanitari negli interventi di promozione della salute, che influenzano in modo molto significativo i comportamenti salutari e le abitudini motorie di queste persone. Queste osservazioni trovano un supporto teorico in particolare in quanto affermato da Deci e Ryan nella Teoria dell'autodeterminazione e da Hagger e Chatzisarantis nel Modello Trans-Contestuale. Gli autori hanno dimostrato come fattori contestuali quali il supporto sociale, l'autoefficacia, l'autonomia, la competenza, le capacità relazionali e il ruolo degli altri significativi risultino fondamentali nel determinare la motivazione delle persone nei confronti dell'AF. Anche l'enjoyment, definito come una risposta emotiva positiva all'esperienza sportiva, che riflette sensazioni generali di piacere, gradimento e divertimento, viene considerato tra le principali

determinanti dell'aderenza all'AF, in quanto è in grado d'influenzare la volontà di iniziare e di mantenere un programma di esercizio regolare e duraturo. Sulla base di queste evidenze la ricerca ha voluto prendere in esame alcune esperienze virtuose del territorio nazionale, che propongono l'AF come parte integrante del trattamento terapeutico per gli utenti dei servizi psichiatrici territoriali. Lo scopo è stato quello di far emergere il parere di operatori sanitari coinvolti in programmi regolari di AF con gli utenti, per mettere in evidenza benefici, barriere e facilitatori dell'AF proposta. A tale scopo è stato scelto di adottare un metodo misto: i partecipanti hanno compilato un pacchetto di questionari con i quali sono state indagate la quantità di AF svolta, la motivazione, l'enjoyment, l'auto-efficacia e la qualità della vita riportate dai partecipanti. È stato quindi realizzato un confronto tra i due gruppi di partecipanti sulla base delle variabili prese in esame. Inoltre sono stati realizzati quattro focus group, ai quali hanno preso parte gli operatori sanitari coinvolti nello studio. Agli operatori è stato chiesto di raccontare le loro personali esperienze nell'ambito dell'AF con gli utenti, mettendo in luce le difficoltà che incontrano, i maggiori benefici per gli utenti e gli elementi più rilevanti per facilitare la realizzazione delle proposte ed incrementarne l'efficacia. I risultati si pongono in linea con quanto già evidenziato dalla letteratura. Dall'analisi dei focus, in particolare, sono emersi dati importanti a sostegno della centralità del ruolo dell'operatore sanitario, nel supportare costantemente gli utenti nelle attività proposte che riguardano la promozione della salute. Inoltre è emersa la necessità di una preparazione specifica, per queste persone, soprattutto nell'ambito dei processi motivazionali e nella gestione delle strategie per promuovere stili di vita attivi. Infine le testimonianze degli operatori hanno confermato e arricchito le evidenze a sostegno dell'utilità dell'AF all'interno dei percorsi riabilitativi degli utenti con gravi disturbi psichiatrici. È stata messa in luce, in particolar modo, la necessità di promuovere queste iniziative e di renderle parte integrante dei trattamenti terapeutici. Non di meno, è stata evidenziata la necessità di lavorare sulla rete di contatti tra le realtà che promuovono queste iniziative ma soprattutto l'esigenza crescente di collaborazione con gli enti del territorio a livello locale, regionale e nazionale, per promuovere e sostenere il confronto sull'argomento e sviluppare proposte d'intervento sempre più efficaci e rispondenti alle esigenze degli utenti.

## **ABSTRACT**

Psychotic disorders are among the chronic diseases with a major impact on the life of those affected, because of related disabilities, stigma and the difficulties involving family members and care services. Statistics report that 1.7% of the Italian population requires every year at least one treatment to mental health services: at least one-fifth of these treatments, is due to psychotic disorders. The therapeutic intervention is typically structured with a multidisciplinary approach to meet the different needs of these people: it involves the use of psychopharmacological therapies associated with psychotherapeutic, educational and rehabilitative treatment. In the last years research has shown that physical activity (PA) can positively influence the treatment of psychotic disorders. Compared to the general population, in fact, people suffering for severe mental illness have higher levels of overweight and obesity and present higher possibilities of developing chronic diseases such as type 2 diabetes, cardiovascular disease and metabolic syndrome. Moreover, these disorders are associated with higher levels of physical inactivity and lower levels of quality of life than the general population. Regular PA, on the other hand, improves lipid profiles, helps to regulate body composition and glucose metabolism, reduces blood pressure, increases fitness levels and has also positive effects on mood and anxiety levels. The main obstacles that these people encounter in adhering to regular PA programs are primarily related to the pathology and to their socio-economic conditions. The side effects of antipsychotic drugs, the lack of motivation, poor concentration and difficulty in accessing the proposed activity, contribute to limit the exercise capacity of these persons and hinder their participation in regular PA programs long-lasting. Literature highlighted the importance and usefulness of educational interventions to support treatment compliance, helping people who suffer from psychotic disorders to deal with their disease and the correlated risks. Moreover, educational intervention are necessary to promote the insight of illness and to involve patients in tailored care. In addition, increasing evidence underline the crucial role of health professionals in health promotion interventions, that affect very significantly the healthy behaviors and physical habits of people with psychotic disorders. These observations are theoretically supported especially by Deci and Ryan in the theory of self-determination and by Hagger and Chatzisarantis in Trans-Contextual Model. The authors have shown that contextual factors such as social support, self-efficacy, autonomy, competence, social skills and the role of significant others are of fundamental importance in determining the motivation of people of being physically active. Even the enjoyment, defined as an emotional response positive sports experience, which reflects the general feelings of pleasure, satisfaction and fun, is considered

one of the main determinants of adherence AF, as it is able to influence the will to begin and to maintain a program of regular exercise. Based on these findings, the research took into consideration some virtuous experiences operating in our country, offering regular PA programs as an integral part of the therapeutic treatments for users of psychiatric services. The purpose was to bring out the opinions of health professionals involved in regular PA programs with the users of psychiatric services, to highlight the benefits, barriers and facilitators of PA proposals. For this purpose it was decided to adopt a blended approach: participants completed a package of questionnaires which investigated the amount of PA, motivation, enjoyment, self-efficacy and quality of life reported by the participants. Therefore, a comparison was made between the two groups of participants on the basis of the variables examined. Moreover, four focus groups have been carried out, with health professionals involved in the study. They were asked to tell their personal experiences in PA with users of psychiatric services, highlighting the faced difficulties, the greatest benefits for users and the most important elements that can facilitate the implementation of PA proposals and to increasing their effectiveness. The results of the research are in line with literature. The content-analysis of focus groups, moreover, highlighted important data in support of the central role of the health care workers, in supporting users of the psychiatric services, to take part in the activities concerning health promotion. Results showed the need of a specific preparation, for these people, especially in what concern motivational processes and the management of strategies to promote active lifestyles. Finally, the statements reported by the health care workers confirmed and enriched the evidences about the utility of PA programs within the rehabilitative paths for people with severe mental disorders. They highlighted, in particular, the need to promote these initiatives making them an integral part of the therapeutic treatments. Moreover, it was highlighted the need to work on the network of contacts between the realities that promote these initiatives; health care workers underlined also the growing need for collaboration with local institutions at different levels, to promote and support the debate on this topic; finally they stressed that it is important to increase more effective PA proposals with the aim to respond to the needs of the users of psychiatric services.

## 1. INTRODUZIONE

“L'appuntamento è sempre lo stesso, mercoledì pomeriggio, ore 15.00, al campo della polisportiva. I ragazzi si presentano poco prima dell'inizio dell'allenamento, salutano il “presidente” che li conosce tutti e li aspetta sempre, anche senza darlo troppo a vedere; raggiungono gli spogliatoi, qualcuno indossa già t-shirt e pantaloncini, mancano solo le scarpette, ovviamente da calcetto. Poco dopo sono tutti in campo: ci si saluta con chi non arriva direttamente dal Centro Diurno e con gli operatori, si saluta il mister che, preso atto di assenti e presenti, chiede a tutti come stanno. Pronti a cominciare. Si fa riscaldamento con qualche giro di campo, poi seguono gli esercizi per migliorare il controllo della palla e infine un po' di prove di tiro, per allenare la precisione e dare il tempo a tutti di migliorare la confidenza col pallone. Si allena anche il portiere, con una bella serie di calci piazzati che ai ragazzi piacciono tanto e, a lui, Mauro, un omone che solo aprendo le braccia copre quasi l'intera porta, servono per concentrarsi a leggere le traiettorie. Volano così i primi 45 minuti di allenamento. E poi arriva finalmente il tempo della partita. Di certo è il momento che tutti preferiscono: si fanno le squadre, ognuno va nel suo campo, Mauro in una porta, nell'altra, si fa a turno. I capitani si portano a centro campo, palla a terra. Tutti pronti, fischio d'inizio. Cominciano le corse, i passaggi giusti e sbagliati, i tiri belli e quelli completamente fuori mira, ma arrivano anche i goal: di precisione, di fortuna, d'istinto; ognuno si mette in gioco, per come può, per come riesce. La voglia di segnare è sempre tanta, gli operatori e i volontari facilitano l'impostazione del gioco, ma in campo c'è una lotta vera, tra giocatori veri, che non si distinguono per patologia, livello di salute, ruolo di medico, di educatore, di paziente o di volontario. C'è un pallone da calciare in porta, e chi lo fa prima ha più possibilità di vincere. Che cosa?! Semplicemente la partita!! Nell'aria si respira sana competizione, quella che si vorrebbe trovare in ogni ambiente sportivo. Ognuno sa di far parte di una squadra e che attorno a sé potrebbe esserci un compagno un po' più lento a cui passare il pallone, per dare anche a lui la possibilità di calciare in porta, o uno più forte che può di certo aiutare. Si è uniti dallo scopo: fare goal, dalla passione sportiva e dalla maglia, che rende tutti paritari. In campo ci si distingue per le abilità e per il cuore, ovvero per l'impegno che si è disposti a mettere in gioco”.

Nasce così, in un piccolo paese della Toscana, Pontedera, l'esperienza dell'Associazione Bellaria Solidarietà. Due colleghi, un educatore e uno psichiatra, uniti dalla passione per lo sport e dalle realtà dei centri diurni di Pontedera e San Frediano in cui lavorano, intuiscono la possibilità di utilizzare il calcio come mezzo, come strumento di riabilitazione e di inclusione

sociale per un gruppo di pazienti che afferiscono all'Unità Funzionale di Salute Mentale Adulti (UFSMA) dell'ASL 5 di Pisa. Si fa così tesoro delle esperienze personali, di un passato da veri agonisti, uno nel calcio e l'altro nella scherma, passioni ancora attive seppur in forma diversa. Lo sport vissuto in prima persona lascia dentro qualcosa di profondamente radicato: la bellezza della sfida, il benessere del corpo che si attiva e che si allena, la pazienza nel perseguire un obiettivo e l'impegno che ci vuole per raggiungerlo; e poi ancora i legami con i compagni di squadra, il rispetto degli avversari, la capacità di impegnarsi insieme ad altri per uno scopo comune, il sostegno reciproco, il divertimento, il grande valore del fare fatica insieme. Un bagaglio solido e ben radicato nel cuore di chi, 14 anni fa, ha creduto in un progetto e ha messo in campo tante energie per realizzarlo, fino ad arrivare, negli anni, a poter dividerne i frutti con altre persone: con le stesse storie, gli stessi problemi, gli stessi obiettivi, desideri, passioni. Così, la piccola squadra di coraggiosi, cerca e trova accoglienza presso la Polisportiva del paese: la Bellaria Cappuccini, che ne sposa subito la "mission". Col tempo vengono avviate nuove attività sportive: il basket, la scherma, il tiro con l'arco, la danza, le attività in acqua. La Bellaria Solidarietà entra poi a far parte dell'Associazione Nazionale Polisportive per l'Integrazione Sociale (ANPIS; [www.anpis.it](http://www.anpis.it)) e si mette quindi in contatto con altre realtà che promuovono lo sport come strumento per l'integrazione sociale. La partecipazione al campionato regionale UISP-ANPIS di calcio a 8 (<http://www.uisp.it>), è il primo impegno in cui viene coinvolta la squadra fondatrice. Così ha inizio il lavoro di rete con altre realtà simili, altre squadre, dislocate in diverse città e paesi della Toscana, ma anche fuori regione, fino ad oltrepassare i confini del territorio nazionale per approdare dai vicini spagnoli. Esperienze simili, in ogni luogo. Lo sport è l'elemento che accomuna e lega. Corpo e mente, che collaborano per raggiungere lo stesso obiettivo: ritrovare fiducia nelle proprie capacità, attivarsi, mettersi alla prova, accrescere l'autostima, imparare a far fronte alle frustrazioni, insieme, con la forza della squadra, vincere il disagio e l'isolamento in cui confina la malattia mentale. Cresce così la consapevolezza del gruppo che, nel 2013, decide di costituirsi parte dell'A.R.T.I.C.S. (Associazione Regionale Toscana Inclusione Cultura e Sport): un coordinamento di 15 associazioni che utilizza l'attività sportiva come strumento di promozione dell'inclusione sociale e come elemento del percorso riabilitativo proposto a pazienti con malattie mentali, coinvolgendo anche le famiglie, gli operatori, e tutti gli interessati a svolgere un'attività sportiva tra quelle proposte (<http://www.solidarieta.gsbellaria.it>).

L'incontro con questa realtà, 3 anni fa, ha dato le basi ad un desiderio di approfondimento, di ricerca e di verifica, di quanti benefici e di quante difficoltà si possano incontrare cercando di proporre, a chi soffre di patologie psichiatriche croniche, attività sportiva di varia natura, con

il chiaro intento di migliorare la loro qualità di vita. Bellaria Solidarietà è stata, una volta in più, esempio e ponte per entrare in contatto con altre realtà italiane che da anni, con grande entusiasmo, operano nello stesso ambito della salute mentale, utilizzando lo sport come attività per riscattare, riabilitare, a volte addirittura risollevarlo, chi soccombe e resta ai margini a causa di queste problematiche. Si è pensato, così, di approfondire le tematiche della motivazione all'essere fisicamente attivi, parallelamente ai benefici, alle barriere e ai facilitatori che si associano alla realizzazione e al mantenimento, nel tempo, di questo tipo di proposte.

### **1.1 Aspetti storici della psichiatria in Italia**

L'approccio alla malattia mentale in Italia, come nella maggior parte dei Paesi europei, ha sempre rispecchiato il quadro sociale, economico e culturale della società. Ripercorrendo la storia della psichiatria in Europa, dal Rinascimento ad oggi, infatti, emerge chiaramente uno stretto legame tra i fatti della storia, il pensiero filosofico di una certa epoca e le condizioni di vita delle persone malate, in quel determinato periodo. In Italia, per lungo tempo, un ruolo importante nell'assistenza alle persone che presentavano comportamenti bizzarri o disturbanti, fu svolto da istituti religiosi della Chiesa, che agivano come opere assistenzialistiche, accogliendo i folli ma anche lebbrosi, appestati e indigenti d'ogni tipo. Nel periodo rinascimentale, in particolare tra il XV ed il XVI secolo, l'Inquisizione dominò il problema del controllo dell'ordine sociale con le persecuzioni per eresia e per stregoneria, molto spesso associate al problema della follia. Fu solo dalla seconda metà del '500 che i cambiamenti culturali e sociali influenzarono profondamente la concezione della devianza e la follia cominciò ad essere considerata malattia, ovvero un problema da curare. Poveri, indigenti e folli non furono più considerati una manifestazione del divino a cui rispondere con iniziative caritatevoli, ma come un vero e proprio disturbo sociale. Fu allora che iniziarono a diffondersi le prime strutture ospedaliere mirate all'assistenza e al contenimento dei folli, al fine di garantire l'ordine sociale. Nel clima di fervore scientifico del secolo dei lumi, improntato sulla razionalità e sull'umanità, sorsero nuovi ospedali con reparti dedicati ai folli: a Bologna (1710), Torino (1727), Reggio Emilia (1754), Lucca (1773), Siena (1775), Milano (1780) e Voghera (1786). Il primo a potersi considerare Ospedale Psichiatrico fu però il San Bonifacio di Firenze (1788), diretto dal Prof. Vincenzo Chiarugi (1759-1820), medico fiorentino che per primo identificò la struttura, come medica e psichiatrica. Al San Bonifacio, furono poste le prime vere linee guida per le cure psichiatriche in Italia, sorpassando l'approccio puramente assistenzialistico-contenitivo fino ad allora prevalente (Chiarugi, 1789). Si trattava di un'esperienza pilota con un nuovo approccio, al centro del quale era posta l'umanità del

malato. La follia veniva descritta da Chiarugi come un errore di giudizio, come il punto di rottura tra due momenti: la sanità e la malattia. Il folle, secondo il medico fiorentino, era preda di errate interpretazioni della realtà, ma non per questo era da considerarsi meno “uomo”, anzi, lo definiva “individuo, infelice e non peccatore o deviante”, bisognoso di cure e di assistenza, all’interno di un contesto sociale e relazionale. Chiarugi inoltre, con largo anticipo sugli psichiatri che a fine ‘800 proposero le prime categorie nosografiche, avviò un’intensa attività medico-scientifica centrata sull’osservazione e lo studio delle peculiarità delle patologie psichiche, che gli permise di contribuire in modo significativo alla definizione della pazzia come vero e proprio paradigma scientifico (Chiarugi, 1793-94). L’esperienza del San Bonifacio, quindi, aprì un nuovo orizzonte entro il quale guardare al folle come ad una persona sofferente, bisognosa di cure, superando ogni traccia di misticismo e superstizione di carattere leggendario e promuovendo, invece, lo sviluppo e la differenziazione dei metodi di cura sulla base della definizione delle caratteristiche della malattia. Con l’inizio del 1800, in tutta Europa, si raccolsero le influenze della Rivoluzione Francese e della politica napoleonica e si fece spazio un modello di cura che fondeva le richieste mediche con quelle di riabilitazione “morale”. Così gli asili, o manicomi, si diffusero quali luoghi alternativi al mondo esterno travagliato e sconvolto, troppo difficile per i “pazzi”. Si affermò, per un periodo, un modello di struttura organizzata come cittadella ideale, dove curare soprattutto i cuori e l’immaginativa delle persone, più che gli aspetti medici della loro condizione. Dalla metà del 1800, però, l’Italia vide realizzarsi un nuovo rimaneggiamento del paese, economico e culturale, che influenzò anche gli psichiatri dell’epoca verso un approccio fondato sulla «scienza fisica dell’uomo»: il manicomio divenne così spazio elettivo di ricerca. Istituito con l’intento di salvare i folli dall’indigenza e dal pregiudizio, per assisterli e guarirli, diventava invece il luogo elitario dove studiarli, per rendere oggettive le malattie, negando così il primato della persona. Carlo Livi, direttore del manicomio di Reggio Emilia nella seconda metà dell’Ottocento, fu tra i primi ad organizzare l’ambiente di cura come centro scientifico per gli studi di psichiatria, sottolineando, in uno dei suoi scritti, come era ormai concluso il tempo della carità e come invece si apriva il tempo della ragione medica e architettonica. L’Unità d’Italia vide crescere una nuova generazione borghese che impose un approccio positivista e razionalista anche nei modelli di cura, volti soprattutto al controllo e al contenimento. A fine ‘800 furono istituiti i Manicomi Criminali, un connubio tra manicomio e carcere, con un preciso scopo contenitivo. Così, in un Paese tutt’altro che unito, con un crescente divario tra nord e sud, dominato dalle politiche autoritarie del “periodo crispino”, il numero dei manicomi non poté che incrementare e crebbe a dismisura anche il numero delle persone ricoverate, provando pesantemente i bilanci delle province. Fu in questa situazione

critica che si arrivò alla legge n.36 del 1904 “Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati”. Il carattere di questa legge, che fu la prima a regolamentare, a livello nazionale, i criteri e le modalità di ricovero dei così detti alienati, confermò la linea autoritaria del governo, sottolineando l'importanza di individuare le persone socialmente pericolose e scandalose per “toglierle” dalla società. Ancora una volta non si considerava l'umanità e i bisogni dei malati, ma l'esigenza della società di proteggersi da essi. Chi veniva internato perdeva ogni diritto e veniva sottoposto a trattamenti spesso invasivi o sperimentali. Se da un lato era stata introdotta una forma più organizzata di difesa e controllo sociale, dall'altro emergevano chiaramente le difficoltà legate a condizioni economiche disagiate: il ritegno delle famiglie a far internare i propri malati era diminuito, le recidive e le riammissioni divennero un cliché e la soluzione fu quella di aumentare ulteriormente il numero dei manicomi. Agli inizi del '900 fu riallestito il S. Maria della Pietà a Roma, mentre i lavori del nuovo ospedale di Perugia terminarono nel 1924. Ancona fu completata nel 1901, Arezzo nel 1904, L'Aquila nel 1905. Con la fine del primo decennio del nuovo secolo, sorsero anche Padova, (1907), Napoli (1908), Rovigo e Sondrio (1909), Genova-Cogoleto e Treviso (1910), Feltre (1911), Mantova e Cagliari (1912) ed infine Torino Savoner (1913). Alla fine del primo ventennio, un bilancio della politica espansionistica manicomiale evidenziò come le cure avevano completamente lasciato il posto alla custodia e si ricorreva ai ricoveri anche in assenza di pericolosità dei soggetti. Si arrivò così al periodo fascista, che mise da parte la clinica per fare invece della psichiatria uno strumento di regime, che assunse una valenza razzistica. Il pensiero fascista evidenziò il bisogno di difendersi contro i fattori di decadimento mentale e la necessità di sterilizzare i possibili fattori di danno per la razza. Il pensiero psichiatrico fu presto distrutto nello stesso modo in cui furono annichiliti i pensieri dei pazienti e la popolazione psichiatrica divenne semplicemente un carico da custodire. Dopo la seconda guerra mondiale gli psichiatri reagirono iniziando ad occuparsi di neurologia, cercando nuovi interessi piuttosto che affrontare l'avvilimento totale delle istituzioni esistenti. Iniziò così a crescere vigorosamente il bisogno di una legge che rinnovasse e risanasse il sistema psichiatrico, fino al superamento dei manicomi stessi; per questo si dovette attendere la fine del secolo (<http://istitutoricci.it/introduzione>).

## **1.2 La rivoluzione del 1978: “la Legge 180”**

La legge 180 del 13 maggio 1978, “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”, è passata alla storia col nome di legge Basaglia, dal nome dello psichiatra che ne fu l'ispiratore. Franco Basaglia, negli anni '60-'70, tra Gorizia e Trieste, si fece promotore di una nuova psichiatria, appoggiando il movimento anti-istituzionale che, a partire dalla metà

degli anni '50, si era diffuso in tutto l'Occidente, mettendo in discussione l'istituzione manicomiale e aprendo il dibattito su nuove modalità di cura e di presa in carico dei pazienti (Scheper-Hughes & Lovell, 1986). Ciò che Basaglia teorizzò e mise in pratica fu un vero e proprio cambio di obiettivi e direzione, dalla malattia al malato. Si voleva riportare al centro degli interventi di cura la persona con la sua dignità, il suo diritto di cittadinanza, la possibilità di ricevere delle cure e di mirare alla guarigione intesa soprattutto come contrasto all'isolamento e all'emarginazione sociale, in una prospettiva opposta alla funzione di contenimento sociale che avevano svolto fino ad allora le istituzioni manicomiali (Bortolotti, 2000). Il lavoro avviato da Basaglia e da altri colleghi in altre regioni italiane, portò gradualmente alla formazione di un movimento, *Psichiatria Democratica*, che trovò molta approvazione da parte di psichiatri ed intellettuali dell'epoca, ma anche tra lavoratori e studenti che appoggiarono l'approccio e l'operato di Basaglia e del suo gruppo. La sua rivoluzione ebbe inizio a Gorizia, quando divenne direttore del manicomio, nel 1961. La situazione che gli si presentò lo spinse ad attuare interventi radicali. Intuendo la necessità di riportare al centro dell'attenzione l'umanità e le esigenze relazionali del malato, i reparti furono aperti e i pazienti furono lasciati liberi di muoversi nella struttura ospedaliera, furono interrotte le terapie elettroconvulsive (elettroshock), l'isolamento e le forme di contenimento forzato, mentre furono accelerati i programmi di dimissione (Burti & Benson, 1996). Nel 1971 Basaglia si spostò a Trieste dove proseguì e ampliò la sua opera di rinnovamento. Fu introdotto il lavoro, in forma di cooperativa, per aiutare i pazienti ad acquisire e consolidare delle competenze lavorative durante il ricovero, da spendere poi anche al di fuori dell'ospedale, per mantenersi e trovare una posizione sociale. Iniziarono col giardinaggio e le pulizie dei locali fino a sviluppare veri e propri programmi comunitari di lavoro (Basaglia, 1973). Inoltre, per quei pazienti che risultavano ufficialmente dimessi ma che non avevano un luogo sicuro dove andare una volta usciti dall'ospedale psichiatrico, fu istituita una forma speciale di ospitalità, che consentiva loro di restare in un luogo sicuro ma in una nuova veste, più autonoma e responsabilizzata (Burti & Benson, 1996). Queste innovazioni si diffusero e trovarono pareri favorevoli anche ad Arezzo, Ferrara, Parma e Reggio Emilia. Fu in un clima di dilagante consenso che Psichiatria Democratica portò avanti l'obiettivo della chiusura dei manicomi, sostenendo la necessità di un passaggio della psichiatria all'interno di un Sistema Sanitario Nazionale, sviluppando servizi alternativi su base comunitaria e più strettamente legati al territorio (Mosher & Burti, 1989). Nel 1977, per evitare le imbarazzanti conseguenze di un referendum lanciato dai radicali per abrogare l'ormai obsoleta legge del 1904 ancora in vigore, il governo italiano, in gran fretta, istituì una commissione parlamentare per la redazione di una nuova legislazione sulla salute mentale. In questa occasione, pur non

entrando a far parte della commissione, Franco Basaglia svolse un ruolo fondamentale di orientamento e indirizzamento dei lavori per la riforma, e grazie al suo apporto, fu redatta la legge 180, approvata dal Parlamento italiano nel maggio dell'anno successivo. Questa legge, che avviò un profondo cambiamento della psichiatria italiana, con conseguenze in tutta Europa e nel mondo, fu strutturata su quattro principali provvedimenti:

1. la graduale chiusura degli ospedali psichiatrici a partire dalla cessazione delle nuove ammissioni;
2. l'organizzazione di *Centri di Salute Mentale* (CSM) per la comunità, specifici per aree geografiche di intervento sanitario e pensati per fornire un'ampia gamma di servizi;
3. l'istituzione dei reparti di psichiatria all'interno degli ospedali civili (*Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura*, SPDC), con massimo 15 letti, per i casi acuti;
4. nuovi criteri, più restrittivi, per il trattamento sanitario obbligatorio (TSO, ex trattamento coatto): si prevede il ricovero quando si dimostri necessario un intervento urgente, il paziente rifiuti un intervento necessario per la tutela della sua salute o, infine, qualora un altro tipo di intervento, mediato dal servizio territoriale, non sia disponibile o sostenibile.

L'obiettivo principale che si volle perseguire fu, quindi, il decentramento dei servizi per la salute mentale dal luogo unico, istituzionalizzato ma anche molto stigmatizzato, che era il manicomio, simbolo di un'epoca ormai passata, ad una rete di servizi territoriali che voleva portare le cure più vicine ai malati, rendendole più accessibili, più adattabili e più conciliabili con uno stile di vita che rispettasse la libertà e la dignità di chi, di questi servizi, si trovasse a dover usufruire. Tuttavia, questa grande rivoluzione, in Italia si mostrò tanto radicale quanto graduale: l'attenzione principale, infatti, fu posta sull'organizzazione della rete di servizi territoriali prima ancora di enfatizzare la chiusura delle strutture esistenti, impresa, questa, che si dimostrò per niente rapida e di immediata realizzazione. Se da un lato la legge 180 voleva riformare il sistema dalla base, dall'altro lato i cambiamenti si dimostrarono estremamente lenti e incerti, e la prematura scomparsa di Basaglia, nel 1980, per malattia, lasciò il movimento riformatore sprovvisto del suo timoniere e pensatore. L'entusiasta accoglienza della legge di riforma della psichiatria non ebbe seguito nell'applicazione, e questo spiega come sia stato possibile che le ultime strutture manicomiali siano state definitivamente dismesse a fine del secolo scorso, dopo più di vent'anni dall'emanazione della legge 180. Le ragioni di questa complessa situazione si devono ricercare nell'autonomia delle Regioni che furono designate quali responsabili dell'attuazione del nuovo sistema di rete dei servizi psichiatrici territoriali, senza però essere adeguatamente coordinate internamente e tanto meno tra loro (Bollini & Mollica, 1989). A brevissima distanza dall'emanazione della legge 180,

con la legge n. 833 del 1978, in Italia venne istituito il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) che coordinava e garantiva a tutti i cittadini l'assistenza sanitaria. Questo passaggio, paradossalmente, rese ancor più complicata l'attuazione della legge 180, in quanto furono modificati largamente i sistemi di finanziamento e gestione dei fondi per ogni Unità Sanitaria Locale (USL) costituita per gestire i servizi sanitari su un'area comprendente dai 50.000 ai 200.000 abitanti (Burti & Benson, 1996). La legge 180, d'altro canto, era stata abrogata senza alcun decreto attuativo che stabilisse come applicare la norma e stanziasse i fondi per realizzare strutture psichiatriche di sostegno alle cure (Riccato, 2013). La grande variabilità nell'amministrazione delle Regioni e il difficilissimo momento storico, sociale e politico che attraversò il Paese tra la fine degli anni '70 e i primi anni '90, quindi, comportarono grandi disparità nello sviluppo dei servizi territoriali, definito da diversi autori "a macchia di leopardo", a significare la totale mancanza di applicazione della legge 180 in alcune regioni italiane (Riccato, 2013). Fu solo con il "Progetto Obiettivo per la tutela della salute mentale", del 1994-1996 (Gazzetta Ufficiale n. 93, 1994) che il Parlamento italiano riuscì ad individuare gli strumenti operativi per l'applicazione della legge 180 e gli strumenti finanziari necessari per realizzarlo, inseriti nella legge Finanziaria. Furono così istituiti i *Dipartimenti di Salute Mentale* (DSM) per raggruppare e coordinare le strutture responsabili della prevenzione, della cura e della riabilitazione delle persone affette da malattia mentale, rispetto ad un'area territoriale di competenza, per favorire la salute di tutta la popolazione. Il DSM divenne quindi l'organo designato a coordinare le attività e a gestire i fondi e le risorse delle strutture territoriali, dei servizi ospedalieri, delle strutture per attività in regime semiresidenziale e strutture per attività in regime residenziale facenti capo ed esso. Inoltre al DSM fu attribuito il ruolo di collegamento con i servizi "confinanti" (medicina di base, medicina scolastica, guardia medica, consultorio, servizi sociali, servizi di neuropsichiatria infantile) (Gazzetta Ufficiale n. 274, 1999). Si mirò quindi a favorire la continuità tra i servizi ospedalieri (SPDC) e quelli del territorio, ovvero i CSM, le strutture residenziali quali Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette (CTRP) e Comunità Alloggio (CA) e le strutture semiresidenziali (Centri Diurni, Day Hospital e Cooperative di lavoro). Anche in questo caso non fu sufficiente chiarire i ruoli e le competenze per riorganizzare sistematicamente i servizi deputati all'assistenza psichiatrica, ma il Progetto Obiettivo del 1994-1996 segnò un passo fondamentale nel definitivo superamento degli ospedali psichiatrici, seppur con differenze tra regione e regione. A 20 anni dall'emanazione della legge 180 si dimostrò necessario un ulteriore passo in avanti, che si raggiunse con il Progetto Obiettivo per la tutela della salute mentale 1998-2000. Nella Gazzetta Ufficiale n. 274 del 1999 vengono esplicitati i 5 punti del progetto, che mostrano una maturata attenzione alla prevenzione lungo tutto l'arco

dell'esistenza di una persona e nei diversi ambiti della vita, dalla scuola all'ambiente lavorativo, a quello familiare:

1. promozione della salute mentale nell'intero ciclo di vita, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria;
2. prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali, con particolare riferimento alle culture a rischio, attraverso l'individuazione precoce, specie nella popolazione giovanile, delle situazioni di disagio e l'attivazione di idonei interventi terapeutico-preventivi;
3. prevenzione terziaria, ovvero riduzione delle conseguenze disabilitanti attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali, tramite interventi volti all'attivazione delle risorse (quantunque residuali) degli individui e del contesto di appartenenza;
4. salvaguardia della salute mentale e della qualità di vita del nucleo familiare del paziente; miglioramento del funzionamento globale dei nuclei familiari con gravi problemi relazionali;
5. riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio nella popolazione a rischio, per specifiche patologie mentali e/o per appartenenza a fasce d'età particolarmente esposte (adolescenti e persone anziane).

Nonostante la lunga e sempre aperta discussione in ambito di salute mentale, a quasi quarant'anni dall'entrata in vigore di quella legge che sembrava volesse dire "rivoluzione", possiamo affermare che certamente la psichiatria in Italia ha raggiunto gli obiettivi che Basaglia ispirò, portando le cure vicino ai malati e facendole diventare "a misura d'uomo" più che di folle. Certamente, però, rimane sempre un ampio margine di miglioramento per rendere i servizi sempre più funzionali ed efficienti, ma soprattutto capaci di accogliere i mutamenti di una società sempre più selettiva e meno inclusiva, seppur più attenta ai diritti della persona e del malato.

### **1.3 Il trattamento delle Psicosi**

I disturbi psicotici sono espressione di una grave alterazione dell'equilibrio psichico dell'individuo; rappresentano un gruppo eterogeneo e vario di disturbi, caratterizzati dalla manifestazione di particolari sintomi che riguardano tre dimensioni principali: la *trasformazione della realtà* (con compromissione del cosiddetto esame di realtà), *l'impovertimento ideoaffectivo* e la *disorganizzazione cognitiva* (Colombo, 2005; [www.terzocentro.it](http://www.terzocentro.it)). La diagnosi prevede la presenza di almeno un sintomo specifico tra deliri, allucinazioni, disorganizzazione del discorso e un comportamento grossolanamente

disorganizzato o catatonico, per un giorno o per un periodo di tempo anche inferiore ad un mese (DSM V, American Psychiatric Association, 2013). Si distinguono poi *sintomi positivi* in cui si verifica un'espansione della percezione e della sensazione (allucinazioni, deliri) e *sintomi negativi* caratterizzati invece da introiezione ed iporeattività (disinteresse, mancanza o forte riduzione di qualsiasi risposta emotiva, alogia, amotivazione, disturbi dell'attenzione e delle capacità di ragionamento, mancanza di contatto visivo) (DSM IVTR, American Psychiatric Association, 2000). Generalmente le cause possono essere organiche, nel caso delle *psicosi esogene*, oppure funzionali, nel caso delle *psicosi endogene*. In entrambi i casi si distinguono le manifestazioni acute da quelle croniche, come riportato nello schema seguente:

---

**PSICOSI ORGANICHE (ESOGENE)**

- |          |  |
|----------|--|
| acute    | ▪ delirium e psicosi indotte da sostanze |
| croniche | ▪ demenze                                |

---

**PSICOSI FUNZIONALI (ENDOGENE)**

- |          |   |
|----------|---|
| acute    | ▪ bouffée deliranti o episodi psicotici acuti (disturbo schizofreniforme e psicosi breve del DSM) |
|          | ▪ episodi affettivi (episodio depressivo maggiore, episodio maniacale)                            |
| croniche | ▪ psicosi maniaco-depressiva o psicosi affettiva maggiore (unipolare o bipolare) e stati misti    |
|          | ▪ paranoia (disturbi delirante cronico del DSM)   |
|          | ▪ schizofrenia  |
|          | ▪ psicosi schizoaffettiva   |
|          | ▪ psicosi allucinatoria cronica   |
|          | ▪ parafenia   |

---

(Adattato da Colombo, 2005)

Per quanto riguarda il delirio e le allucinazioni si chiama in causa una iperattività del sistema dopaminergico, mentre per i disturbi di tipo affettivo si fa riferimento ad una riduzione di neurotrasmettitori, in particolare serotonina, dopamina e noradrenalina.

Le psicosi si collocano tra le patologie psichiatriche che hanno un impatto maggiore sulla vita di chi ne è affetto, a causa della disabilità che comportano, per lo stigma che colpisce chi ne soffre e per le difficoltà che coinvolgono i familiari e i servizi assistenziali (SNLG, 2007). La Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2012-2013, redatta dal Ministero della Salute, in occasione della Presidenza Italiana del Consiglio EU 2014, riporta che nel 2010 la prevalenza trattata, cioè il tasso di pazienti con almeno un contatto nell'anno con il CSM, è stata pari a 170,3 per 10.000 abitanti con età maggiore di 17 anni (1.7%), con tassi maggiori per il genere femminile (1.8%) che per quello maschile. Per quanto riguarda le diagnosi, tra i tassi più

elevati vi sono i disturbi affettivi (0.4%) e quelli schizofrenici (0.3%). Circa un quinto dei pazienti (21%) riceve una diagnosi di disturbo schizofrenico, il più grave e invalidante. Per la schizofrenia è stato inoltre calcolato il *treatment gap* ovvero la percentuale di soggetti che, pur avendo un disturbo schizofrenico, non sono in contatto con i CSM, che è pari al 39%; ciò significa che più di 1 paziente su 3 non riceve un trattamento. L'intervento terapeutico in genere prevede l'uso di terapie psicofarmacologiche associate a trattamenti psicoterapeutici, educativi e riabilitativi multidisciplinari, tra i quali assumono sempre maggiore rilevanza i programmi di attività fisica (AF) (Vancampfort et al., 2012a, 2013). L'aspetto certamente più delicato del trattamento delle psicosi è la *diagnosi*, che deve essere realizzata il più velocemente possibile. Infatti, quanto più tempestivamente viene definita la natura del disturbo, tanto prima si potrà iniziare il percorso di cura più adeguato. Negli ultimi decenni numerose ricerche hanno approfondito la tematica della diagnosi precoce, evidenziando l'importanza di intervenire in modo repentino, soprattutto nei casi più giovani di malattia (Edwards & McGorry, 2004; McClellan & Werry, 1994), quando cioè colpisce ragazzi in età adolescenziale, che si trovano in una delle fasi più delicate per quanto riguarda la formazione della propria identità. Una volta individuata la natura del disturbo, le cure prevedono prima di tutto la definizione di un trattamento farmacologico iniziale, che va testato per circa 4/6 settimane, e va poi verificato con scadenze regolari. Talvolta questa fase avviene durante un periodo di ospedalizzazione, se l'insorgenza dei sintomi è stata improvvisa o se ha portato all'aggravamento di una situazione nota, con conseguenti difficoltà per il paziente e per i familiari. Al trattamento ospedaliero, infatti, si ricorre nelle fasi acute della malattia (esordio/recidive), laddove il paziente manifesti sintomi gravi o perda le capacità di provvedere ai bisogni essenziali. L'ospedalizzazione in certi casi può essere scelta anche come forma di allontanamento da situazioni gravemente conflittuali che alimentino il disturbo stesso. Il trattamento farmacologico prevede l'utilizzo di farmaci antipsicotici tipici o atipici, capaci di frenare i sintomi, che possono variare anche di molto tra caso e caso (deliri, allucinazioni, disorganizzazione del pensiero e del comportamento), vanno quindi scelti a seconda delle esigenze del paziente. L'uso dei farmaci, a fianco della psicoterapia e di interventi riabilitativi ed educativi che coinvolgono anche la famiglia, rappresenta un elemento irrinunciabile del trattamento che spesso si profila intensivo e prolungato.

Nella cura delle psicosi gli obiettivi fondamentali da perseguire sono quattro:

- aiutare il paziente a riconoscere la malattia e ad utilizzare le risorse terapeutiche;
- migliorare il suo rendimento sociale e lavorativo;
- prevenire le ricadute;

- migliorare la qualità della vita (Santonastaso, 2006).

Il principio di base che deve essere rispettato negli interventi di riabilitazione psichiatrica e psicosociale è quello di individuare correttamente il livello di funzionamento, le capacità e le abilità del paziente in modo da equilibrare il programma di riabilitazione affinché risulti adeguatamente stimolante (Rizzardo, 2006). Il SSN in Italia, come precedentemente indicato, mette a disposizione, per questi interventi, diversi tipi di strutture, a seconda del grado di autonomia del paziente. Nell'ambito della salute mentale i disturbi psicotici sono tra i più invalidanti, soprattutto se non curati precocemente, in quanto tendono a cronicizzare, costringendo le persone che ne soffrono, a situazioni di vita molto precarie. Nella maggior parte dei casi vengono ad essere inficiate l'autonomia lavorativa, la cura del sé e la rete delle relazioni sociali. Le possibilità di condurre una vita autonoma, quindi, in questi casi, risultano estremamente limitate. Vi sono perciò a disposizione strutture in grado di accogliere queste persone per fornire loro assistenza a seconda delle esigenze riscontrate dal medico psichiatra che segue il paziente. Il punto di riferimento dei servizi territoriali è il **CSM**, una struttura extraospedaliera, organizzata in ambulatori, accessibile agli utenti di uno o più distretti sociosanitari (150.000 abitanti), presso il quale viene svolta la gran parte dell'attività terapeutica: visite psichiatriche, colloqui con gli psicologi, assistenza infermieristica. Quando il paziente può contare su un buon appoggio e supporto domiciliare ma necessita di un'assistenza giornaliera, sia per quanto riguarda la terapia che per gli aspetti socializzanti e relazionali, viene indirizzato al **Day Hospital**, struttura extra ospedaliera, attiva nelle ore diurne, che permette di evitare il ricovero o di usufruire di un ricovero parziale. Una funzione simile è svolta dai **Centri Diurni** che accolgono i pazienti per alcune ore durante la giornata, garantendo loro l'assistenza terapeutica, riabilitativa e socializzante. Solitamente, infatti, vengono proposte attività di gruppo, calibrate sulle esigenze dei pazienti che periodicamente frequentano il centro per il loro percorso riabilitativo. Vi sono poi le **Comunità Terapeutiche**, strutture residenziali, che offrono la possibilità di un percorso al tempo stesso riabilitativo e ri-educativo, dove la terapia diventa una via condivisa con altri, compagni di esperienza, ma anche partecipi e strumenti attivi del proprio recupero. Gli ospiti della comunità condividono infatti i momenti di vita quotidiana, le responsabilità di una gestione comune degli spazi e delle attività e si impegnano per accrescere le loro capacità di autonomia e relazione con gli altri, supportati ed affiancati dagli operatori sanitari, ma anche tra loro stessi. Per le persone che possiedono un maggiore grado di autonomia ma necessitano comunque di un aiuto per la gestione di aspetti economici e relazionali, esiste anche la possibilità di condividere un alloggio definito anche "focolare" o "casa famiglia" o più comunemente **Comunità Alloggio**. Si rivolge a pazienti in fase di relativo compenso che

condividono una casa nelle condizioni di vita di una comune famiglia, con un grado di assistenza più o meno elevata a seconda del livello di autonomia dei soggetti. In questo ambiente si affrontano le normali dinamiche della convivenza con altre persone, e si ha così la possibilità di sperimentare relazioni, ruoli e legami all'interno di un normale contesto abitativo urbano. Ciò rappresenta in molti casi anche l'occasione di ricostruire legami lì dove una persona provenga da situazioni di grande isolamento, anche all'interno della propria famiglia d'origine.

Possiamo quindi osservare che in Italia la salute mentale viene oggi gestita con un sistema di servizi "a misura di paziente" che ha fatto innumerevoli passi in avanti nel corso di quasi quarant'anni dall'emanazione della legge 180 e che continuamente dimostra una grande capacità evolutiva. Infatti, se a livello macroscopico-organizzativo si risente sempre della limitatezza dei finanziamenti, certamente a livello umano e riabilitativo è cresciuta enormemente la consapevolezza, da parte di chi cura e affianca le persone con disturbi mentali, dell'importanza di interventi che mirino a garantire una vita dignitosa e di valore a chi soffre di queste malattie. Non si tratta più, quindi, di togliere semplicemente un malato dal pericolo per la propria ed altrui vita, ma di aiutarlo concretamente a recuperare le proprie risorse per vivere dignitosamente e pienamente con relazioni umane e sociali appaganti, di affiancare le famiglie ad affrontare nel modo migliore le difficoltà legate alla gestione di queste patologie e di educare il contesto sociale a non escludere e stigmatizzare, semmai ad accogliere ed integrare.

### *1.3.1 Il ruolo degli operatori sanitari dell'équipe di cura e l'attività fisica come strumento di promozione della salute*

Un ruolo fondamentale viene svolto quotidianamente dai professionisti che costituiscono le équipe di cura, ovvero: educatori, infermieri, operatori socio sanitari, psicologi e medici che, presso le diverse strutture, organizzano e condividono la gran parte delle attività proposte agli utenti dei servizi territoriali e agli ospiti delle strutture residenziali. Essi rappresentano figure di riferimento forti, spesso paragonabili ai familiari, grazie allo stretto contatto e alla vicinanza della relazione che si cerca di costruire, a scopo curativo. Alle loro iniziative e abilità è, infatti, affidata gran parte della personalizzazione dei percorsi rieducativi proposti ai pazienti, per i quali tutta l'équipe cerca di collaborare, al fine di trovare le attività più adeguate. Ne consegue una grande responsabilità e possibilità d'azione che va sapientemente guidata e condivisa con tutta l'équipe. Negli ultimi due decenni, la letteratura scientifica ha messo in evidenza l'importanza del ruolo rivestito da queste figure, negli interventi di promozione della salute (attività sportive, gruppi-cammino, educazione alimentare, gruppi di

aiuto per cessare di fumare), che influenzano in modo molto significativo i comportamenti salutari e le abitudini motorie delle persone con disturbi psicotici (Pipe et al., 2009; Jormfeldt et al., 2007; Faulkner & Biddle, 2002). Rispetto alla popolazione generale, infatti, le persone che soffrono di disturbi mentali gravi, quali in particolare schizofrenia, disturbo bipolare, depressione e disturbi d'ansia, presentano maggiori livelli di sovrappeso ed obesità e hanno un più alto rischio di sviluppare patologie croniche come diabete di tipo 2, malattie cardiovascolari e sindrome metabolica (Vancampfort, 2012b; Scott & Happell, 2011; De Hert, et al., 2009). Gli effetti collaterali dei farmaci antipsicotici, inoltre, contribuiscono a limitare le capacità d'esercizio di queste persone (Beddington et al., 2009). Ne consegue che questi disturbi si associano ad elevati livelli di sedentarietà e a bassi livelli di qualità della vita (Vancampfort, 2011). A tal proposito, la ricerca ha dimostrato come l'AF regolare migliori i profili lipidici, contribuisca a regolare la composizione corporea e il metabolismo del glucosio, diminuisca la pressione arteriosa e aumenti il livello di fitness (Ganguli & Strassnig, 2011; Gorczynski & Faulkner, 2010). Essa ha, inoltre, effetti positivi sull'umore e sui livelli d'ansia (Lawlor & Hopker, 2001). Nonostante queste evidenze, però, le persone con disturbi mentali cronici, fanno molta fatica a mantenersi fisicamente attive. Uno stile di vita attivo, infatti, comprende sia abitudini quotidiane al movimento, ad esempio per effettuare gli spostamenti o le attività domestiche, sia una quantità specifica di esercizio, secondo le linee guida per la salute stabilite dall'ACSM, (American College of Sport Medicine, 1998; 2011) e dall'AHA (American Heart Association) riconosciute in tutto il mondo (almeno 150 minuti/settimana di attività fisica da moderata ad intensa). Gli ostacoli principali che le persone con disturbi psicotici incontrano nell'aderire a programmi di AF regolare sono collegati alla patologia e alle condizioni socioeconomiche di chi ne soffre: mancanza di motivazione, scarsa capacità di concentrazione, effetto sedativo dei farmaci, difficoltà economiche e quindi difficoltà ad accedere a proposte di attività strutturata (Beebe et al., 2013, 2011, 2005). La letteratura ha messo in evidenza l'importanza e l'utilità d'interventi educativi che aiutino a prendere consapevolezza della malattia e a conoscerne i rischi correlati, per cercare di migliorare l'aderenza alle cure (Shiner et al., 2008). In particolare, è stato dimostrato come le iniziative di promozione della salute, in termini di stile di vita attivo e sane abitudini alimentari, messe in atto dagli operatori sanitari, possano influenzare moltissimo le scelte di chi sta seguendo un percorso di cura (Mo et al., 2011; Verhaeghe, 2011). Nel caso di disturbi gravi e invalidanti come le psicosi croniche, questo stretto rapporto tra i comportamenti degli operatori sanitari e le scelte "per la salute" degli utenti, emerge particolarmente in due aspetti: il livello di informazione (Crone & Guy, 2008, MacHaffie 2002) e la motivazione (Shiner et al., 2008; Verhaeghe et al., 2011). Le persone con malattie

mentali croniche, infatti, si dimostrano molto interessate ad avere informazioni sugli stili di vita sani e si fidano soprattutto di quanto suggerito dai professionisti che fanno parte delle équipes di cura; inoltre, è stato evidenziato che, quanto più motivati risultano gli operatori sanitari nelle azioni di promozione della salute e nel supporto fornito agli utenti, tanto maggiore è la possibilità che gli interventi proposti risultino efficaci e di successo (Pipe et al., 2009; McDowell et al., 1997). Nonostante queste evidenze sostengano chiaramente l'importanza della promozione della salute da parte degli operatori sanitari, ciò non sempre corrisponde ad uno stile di vita attivo e a sane abitudini alimentari vissute in prima persona, dagli operatori stessi (Mo et al., 2011). Un recente aggiornamento del Report Passi 2011 (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), realizzato dal Centro nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità nel 2013, ha evidenziato come in Italia solo il 33% della popolazione di 18-69 anni risulti fisicamente “attivo” (ovvero effettua un lavoro pesante, o 30 minuti di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana, oppure attività intensa per più di 20 minuti per almeno 3 giorni alla settimana), il 36% come “parzialmente attivo” (non svolge un lavoro pesante ma fa qualche attività fisica nel tempo libero, senza però raggiungere i livelli raccomandati) e ben il 31% può essere classificato come “sedentario” (non fa un lavoro pesante e non pratica attività fisica nel tempo libero) (<http://www.salute.gov.it>). Per quanto riguarda gli operatori sanitari della salute mentale, in Italia, non esistono dati precisi. Quindi, proprio per il ruolo di grande influenza che hanno nei confronti degli utenti che seguono, per come possono influenzarli, sia positivamente che negativamente, nelle loro scelte e nei comportamenti per la salute, appare evidente la necessità di approfondire le indagini su questo gruppo di professionisti. Essi rappresentano, infatti, il *trait d'union* fondamentale per la realizzazione delle proposte utili nei percorsi terapeutici, all'interno dei quali l'AF, nonostante i comprovati benefici per la salute (WHO, 2010) e la comprovata efficacia nella riabilitazione psichiatrica (Richardon et al., 2005; Crone et al., 2006; Ussher et al., 2007; Vancampfort et al., 2012b; Verhaeghe et al., 2013; Carpinello et al., 2013; Rastad et al., 2014), non rappresenti ancora una “prassi” assodata, ma rimanga una scelta principalmente affidata ai singoli staff di cura o alle iniziative degli operatori stessi.

#### **1.4 Nota terminologica**

Il termine *paziente*, in ambito medico, indica una persona malata in cura da un medico. L'origine latina da *patiens*, participio passato del verbo *patire* ovvero soffrire, dà una connotazione molto pesante a questo termine, che richiama immediatamente una situazione di sofferenza. In Italia, l'ultima versione del “Codice di Deontologia Medica”, del 18 maggio

2014, pubblicato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, tende a sostituire la parola "paziente" con il termine "persona assistita". L'intento che sta alla base di questa scelta è spostare l'attenzione dalla sofferenza della persona alla ampia azione che spetta ai curanti, non solo per fronteggiare una patologia, ma per assistere con ampio respiro la salute e il benessere di chi richiede delle cure. Nel caso delle patologie psichiatriche, esiste un'altra grave sfumatura che spinge, oggi, ad utilizzare il meno possibile questo termine. La definizione *paziente psichiatrico*, infatti, risente ancora moltissimo del pregiudizio e dello stigma nei confronti delle malattie mentali. Il rischio, sempre correlato all'uso di questa terminologia, è che si identifichi il soggetto con una *diagnosi*, perdendo di vista il primato della persona e la sua umanità. La persona che soffre di un disturbo psichiatrico, soprattutto quando si tratta di una condizione cronica, per la quale più che alla guarigione definitiva si mira al miglioramento della qualità della vita, rischia, infatti, di essere pesantemente etichettata a vita. Per questa ragione, quindi, al termine paziente è stato affiancato il termine *utente*, soprattutto per riferirsi a coloro che si rivolgono ad una struttura del SSN del territorio; si usa anche il termine *ospite*, soprattutto nelle strutture residenziali. Questi cambiamenti nell'uso della terminologia testimoniano una crescente attenzione alle condizioni delle persone che soffrono per queste gravi malattie. Potrebbe risultare, però, nel tempo, un semplice adeguamento al "politicamente corretto". Lo stigma, infatti, che E. Goffman nel saggio "*Stigma, l'identità negata*" (1963, 1983) definiva come un "marchio d'infamia che colpisce chi non è all'altezza degli standard di normalità", non scaturisce da una caratteristica specifica dell'individuo ma nasce nell'occhio di chi la guarda. È quindi assolutamente necessario continuare a promuovere, prima di tutto, un cambiamento dello "sguardo" nei confronti di queste persone, perché il solo cambiamento dei termini non può certamente risolvere una problematica così radicata.

Per quanto riguarda questo lavoro, ad eccezione di questo primo capitolo introduttivo, è stato utilizzato prevalentemente il termine *utente* al posto di *paziente*, in quanto sono stati coinvolti appunto utenti dei servizi psichiatrici territoriali. Inoltre, va specificato che gli utenti partecipanti sono persone con disturbi psicotici cronici che sono maggiormente conciliabili con i programmi di AF rispetto alle fasi acute della malattia.

## 2. MOTIVAZIONE E ATTIVITÀ FISICA

### 2.1 Teorie sulla motivazione e l'Attività Fisica

Motivazione è un termine che deriva dal latino *motus* = movimento, derivante appunto dal verbo *movère* che significa muovere. L'idea di qualcosa che fa muovere, che spinge e al tempo stesso attira, è quindi insita nell'origine etimologica della parola, che si associa facilmente all'idea del motore, di ciò che porta ad agire, ai motivi che ci spingono e alle mete da raggiungere. La motivazione, in quanto strettamente collegata al comportamento umano, è un argomento che ha interessato numerosi studiosi, affascinati dalla ricerca dei motivi che portano a compiere un gesto, una scelta, ad affermare qualcosa o a prendere una posizione. La motivazione, è stata quindi motivo d'interesse di numerosi pensatori e ricercatori in tutto il mondo e potremmo dire in tutte le epoche. Numerosissimi sono infatti i contributi scientifici che riguardano direttamente o indirettamente questo argomento: dalla dottrina del *libero arbitrio* ai tempi di Platone e Aristotele, passando per il *determinismo* di Democrito e di Charles Darwin (1859), in epoca moderna, con la concezione deterministica *dell'Origine delle specie*. Ma il ventesimo secolo ha raccolto anche i contributi del padre della psicanalisi, Freud (*New Introductory Lectures on Psycho-Analysis*, 1933), che partendo dall'osservazione della natura più profonda, istintiva, fisiologica dell'uomo, ha elaborato la teoria delle pulsioni o istinti di base. In linea con le osservazioni freudiane si pone, poi, la *piramide dei bisogni* di Maslow (1954): essa poggia la sua base sull'appagamento dei bisogni così detti vitali per l'uomo, come la respirazione, l'alimentazione, il riposo e gli aspetti necessari per evitare i disagi. In vetta si arriva con l'autorealizzazione personale, che poggia a sua volta sui bisogni di sicurezza, appartenenza e stima. Ma la psicologia ha contribuito a definire altri aspetti importanti dell'agire umano e dei motivi che lo determinano. Il *comportamentismo*, con B.F. Skinner, nella metà del secolo scorso (*Beyond Freedom and Dignity*, 1971) considerava *l'ambiente* come il principale elemento capace di influenzare profondamente le azioni umane, fino al punto di determinare le nostre scelte ed azioni. Idea rivisitata dal *cognitivismo* che, affermando il primato dei processi mentali e cognitivi, ha riportato la ragione al centro delle scelte umane. Di questa natura è il contributo illustre di un autore come J. Dewey, che definisce la motivazione e l'interesse come i principali attrattori dell'apprendimento, motori della ricerca e dell'esperienza, che stanno alla base della costruzione della conoscenza. Nell'ambito cognitivista si collocano anche alcune tra le principali teorie che hanno indagato la relazione tra motivazione e AF, con crescente interesse a partire dagli anni '70 del secolo scorso, a seguito del successo riscosso dalla conferenza della North American Society for the Psychology of Sport and Physical Activity (NASPA). Al loro fianco, poi, sono state

sviluppate anche teorie che hanno preso in considerazione i bisogni innati che possono spiegare il rapporto tra motivazione e AF. Questa ricerca muove i suoi orizzonti in un contesto particolare come quello patologico delle malattie psichiatriche e articolato come quello della motivazione in relazione l'AF. Per mettere insieme un quadro completo, capace di dare una visione ampia della tematica indagata, presentiamo ora un breve excursus introduttivo, per mettere in luce le principali teorie che hanno guidato le scelte metodologiche della ricerca.

La teoria del *raggiungimento degli obiettivi*, l'Achievement Goal Theory (AGT; Ames, 1992, Dweck, 1999, Nicholls, 1984, 1989) ha indagato i meccanismi motivazionali che stanno alla base del raggiungimento degli obiettivi che una persona si pone. Il nostro agire, secondo gli autori, è orientato alla riuscita, al successo, ma il significato che vi attribuiamo può avere componenti diverse. Riuscire in un compito può essere appagante quando ciò significa fare meglio di un altro o ottenere di più, facendo meno fatica. Gli obiettivi che ci si pone, in questo caso, sono legati alla dimostrazione delle proprie abilità o al superamento delle abilità altrui. In questo caso il successo viene quindi valutato in relazione agli altri. Quando, invece, al successo si associano l'idea del miglioramento, dell'apprendimento e dell'acquisizione di competenze, anche gli obiettivi che ci si pone andranno in questa direzione e la valutazione sarà rivolta verso sé stessi. In questo caso, cioè, riuscire ed avere successo assume il significato di migliorarsi, di diventare più competenti e capaci. Secondo una definizione introdotta da Nicholls (1989), nel primo caso il soggetto si definisce *orientato all'io* ovvero a dimostrare il suo valore nei confronti degli altri; sarà quindi motivato nei confronti di compiti in cui sa di poter riuscire. Nel secondo caso il soggetto si definisce *orientato al compito* ovvero al mettersi alla prova, per vedere se riesce o se i suoi sforzi gli permettono comunque di migliorarsi. L'uno o l'altro orientamento non sono tratti della personalità di una persona, ma atteggiamenti che si adottano e che vengono influenzati profondamente dai contesti in cui ci si trova. La motivazione viene quindi considerata come una qualità della persona, che spiega come essa valuti ciò che serve al successo (Roberts & Kristiansen, 2012). Questa teoria mette in luce che i processi motivazionali sono orientati al futuro, perché coinvolgono la nostra capacità di anticipare e predire le conseguenze di un'azione o comportamento; inoltre, essi richiedono una capacità valutativa, che permetta di discernere quale valore un comportamento possa assumere per noi. Ovviamente i criteri valutativi di una persona si costruiscono e ricostruiscono, nel tempo, grazie alle esperienze personali e all'influenza delle persone e dei contesti significativi dove si cresce e dove si vive. C'è, quindi, una certa dinamicità che ben riflette la mutevolezza degli stessi processi motivazionali. Infine, va sottolineato come, secondo l'AGT, gli obiettivi che ci poniamo diano ragione degli sforzi che

compiamo per raggiungere una meta più grande. Così, ad esempio, se desideriamo diventare fisicamente attivi, sarà necessario porsi degli obiettivi (ad es. andare a correre tre volte alla settimana, utilizzare la bicicletta al posto dell'auto per andare a lavoro, riprendere a giocare a pallavolo in una squadra amatoriale). In ciascuno di questi obiettivi potrebbe emergere un *orientamento all'io o al compito* a seconda delle situazioni e dei contesti in cui ogni azione viene vissuta. Utilizzare la bicicletta per andare a lavoro, per esempio, potrebbe rappresentare una sfida alla costanza personale di una persona, che potrebbe quindi reputare un successo anche il solo fatto di riuscire in questo intento; potrebbe anche, però, diventare sinonimo di successo, nei confronti di un collega che non sia in grado di rinunciare alla comodità dell'auto. La differenza, quindi, sta nei processi motivazionali che ci orientano, di volta in volta.

Un altro importantissimo apporto arriva dalla Social-Cognitive Theory (SCT, Bandura: 1977, 1986, 1997), con il concetto di *self-efficacy*. Secondo l'autore s'impara a modificare il proprio comportamento sulla base dell'interazione tra caratteristiche personali, del comportamento in sé stesso e dell'ambiente. Questi tre fattori, a loro volta, sono in grado di influenzarsi reciprocamente. Nel caso dell'AF, per esempio, l'interazione tra il livello di esperienza del soggetto, le caratteristiche di piacevolezza dell'attività svolta e l'ambiente in cui ha luogo, possono interagire tra loro, determinando il mantenimento o il cambiamento dell'attività intrapresa. Esiste, quindi, un processo di auto-regolazione attraverso il quale guidiamo i nostri comportamenti, sulla base dei nostri obiettivi, delle nostre scelte e dei nostri sentimenti ed emozioni. Il pensiero e la capacità personale di riflettere sul proprio vissuto, ci permettono, inoltre, di anticipare le conseguenze del nostro agire e di stimare le nostre reali capacità di mettere in atto un comportamento (aspettative di risultato e aspettative di efficacia). L'elemento che la SCT collega direttamente all'auto-regolazione (*self-regulation*) è la *self-efficacy* (autoefficacia), ovvero la fiducia in sé stessi di riuscire a mettere in atto un comportamento, in una determinata situazione. La *self-efficacy* è risultata in forte correlazione con l'AF: di fronte ad un compito motorio, infatti, l'autoregolazione personale suscita una valutazione delle proprie capacità, in base alle quali potremo predire se saremo in grado o no di compiere quell'azione ("posso farcela"; "non posso riuscire"). Nella relazione tra motivazione e AF, quindi, la *self-efficacy* riveste un ruolo chiave, influenzando le scelte di una persona nei confronti dell'attività da svolgere (Gilson & Feltz, 2012). Essa risente, in particolare, di quattro aspetti: le esperienze passate, soprattutto le prestazioni di successo; la possibilità di guardare e imparare dagli altri, attraverso l'imitazione e il modeling; gli incoraggiamenti verbali e la persuasione degli altri; i sentimenti di rilassamento e un umore positivo e ottimista di fronte al compito da affrontare.

Sempre nell'ambito del socio-cognitivismo si colloca anche la teoria del *comportamento pianificato*, Theory of Planned Behavior (TPB, Ayzén, 1985, 1988, 1991), secondo la quale ciò che maggiormente determina un comportamento è *l'intenzione*. Tre sono gli elementi in grado, a loro volta, di predire e determinare l'intenzione di agire: le *attitudini*, le *credenze normative* e la *percezione di controllo di un comportamento*. Le *attitudini* sono gli atteggiamenti con i quali ci poniamo di fronte ad una scelta, che sono influenzati dalle idee e dal valore che attribuiamo ad un comportamento. Le *credenze normative* sono quelle regole e norme soggettive che risentono dell'influenza del pensiero degli altri significativi e da quanto facciamo nostri questi sistemi di pensiero. Infine, la *percezione di controllo di un comportamento* corrisponde a quanto ci sentiamo a nostro agio o in difficoltà rispetto ad un comportamento da mettere in atto. In questo ultimo caso, le esperienze passate e la capacità di anticipare i possibili risvolti di un'azione, influenzano molto la nostra percezione. La TPB, quindi, mette in evidenza il legame tra la motivazione e l'intenzione: essere motivati viene letto come essere intenzionati a mettere a compiere un'azione. Nell'ambito dell'AF è stato dimostrato che l'intenzione ha una forte capacità predittiva sui comportamenti motori (Hausenbals et al., 1997) e che essa, a sua volta, è influenzata soprattutto dalle attitudini (Hagger et al., 2002). Diventare fisicamente attivi, quindi, sarà tanto più probabile quanto più elevata si dimostrerà l'intenzione di adottare questo comportamento. A sua volta, questa intenzione, sarà influenzata dall'atteggiamento con il quale mi pongo e dalle idee che le associo (es. fare più AF mi farà dimagrire e stare meglio), dalle opinioni altrui che reputo importanti (es. i medici dicono che fare AF regolarmente previene numerose malattie) ed infine da quanto sento di poter padroneggiare il comportamento in questione (es. posso tranquillamente andare a correre tre volte alla settimana).

Un altro importante contributo negli anni '80 è arrivato con lo Stages of motivational readiness for change model (Prochaska & DiClemente, 1983), che ha indagato il così detto *stage of change*, ovvero la motivazione a cambiare comportamento. Secondo questo modello, esistono cinque fasi di cambiamento (Tab.1) che portano dall'intenzione all'adozione di un comportamento motorio, in modo duraturo.

**Tab.1 Fasi dello Stages of change** (Prochaska & DiClemente, 1983)

Fasi	Comportamenti
1. <b>pre-contemplazione</b>	si è inattivi e non si valuta ancora l'idea di diventare fisicamente attivi
2. <b>contemplazione</b>	si è inattivi ma si inizia a considerare l'idea di diventare fisicamente attivi (entro i prossimi sei mesi)
3. <b>preparazione</b>	si inizia a fare un po' di AF, non ancora abbastanza rispetto alle raccomandazioni per la salute
4. <b>azione</b>	si è fisicamente attivi e si riesce a raggiungere le quantità consigliate per la salute, per un periodo di tempo inferiore ai sei mesi
5. <b>mantenimento</b>	fare AF è diventata un'abitudine che dura da più sei mesi

Nel corso di questi cinque *steps* aumenta la percezione dei vantaggi associati all'essere fisicamente attivi e diminuisce la percezione degli svantaggi e delle difficoltà; avviene quindi un bilanciamento dell'*equilibrio decisionale* a favore dei "pro" rispetto ai "contro". Anche la self-efficacy nei confronti di una specifica situazione può influenzare questo equilibrio, in particolar modo durante la fase di *azione*, nella quale i processi cognitivi giocano un ruolo fondamentale. Nella fase del mantenimento, invece, rivestono moltissima importanza le strategie comportamentali messe in atto, come per esempio, il supporto dei pari o degli altri significativi: un elemento che, nel tempo, può fare la differenza. Perché un comportamento venga messo in atto e possa essere mantenuto nel tempo, quindi, è necessario che i processi motivazionali che agiscono dentro alla persona abbiano "radici forti". La teoria che maggiormente si è focalizzata sui diversi "livelli di intensità" della motivazione è la teoria dell'*autodeterminazione*, la Self-determination Theory (SDT, Deci & Ryan, 1985, 2000, 2012). Secondo la SDT, infatti, la motivazione nei confronti di un comportamento come, ad esempio, l'essere fisicamente attivo, si colloca lungo un *continuum*, che può andare dalla totale mancanza di motivazione, definita *amotivazione* (es. non ho alcun interesse a diventare fisicamente attivo), ad un livello di motivazione molto forte ed interiorizzato, definita *motivazione intrinseca* (es. voglio essere fisicamente attivo, quindi certamente lo diventerò). Al centro di questo continuum si trova la così detta *motivazione estrinseca*, tipica delle situazioni imposte, che non interessano veramente (es. dovrei diventare fisicamente attivo, ma non ne ho voglia). Per quanto riguarda questa posizione, gli autori hanno distinto quattro livelli, che riflettono quattro gradi diversi del processo di *internalizzazione* che porta alla motivazione intrinseca (Moè, 2011). Vengono distinte quindi una regolazione esterna, una regolazione introiettata, una regolazione identificata ed infine una regolazione integrata. Quando la regolazione è esterna l'agire è finalizzato ad ottenere un elogio, una ricompensa o a

far contento qualcuno (es. devo andare in palestra per far contenta la mia fidanzata); la regolazione introiettata, invece, porta ad agire per evitare il senso di colpa o per dimostrarsi bravi agli occhi di altri (es. dovrei andare in palestra, così lei penserebbe che sono in gamba); quando i bisogni personali diventano obiettivi importanti per sé stessi, allora l'agire mirerà a soddisfare quei bisogni, e la regolazione viene definita identificata (es. vorrei andare in palestra, per rimettermi in forma); infine, la regolazione è integrata quando un comportamento viene assunto perché riflette qualcosa di sé stessi, di cui non si può fare a meno (es. voglio andare in palestra perché mi fa stare bene e non potrei stare senza). Lungo questo continuum, quindi, il "perché del mio agire" (locus of causality) può andare da un agire "per gli altri" ad un agire "per me stesso", da un "fare" per qualcosa che si colloca fuori di me ad un agire per una ragione che è sempre più interna alla mia persona, fino ad un comportamento motivato da un "essere" (es: mi alleno per far contento l'allenatore, vs es: mi alleno perché sono un atleta). L'ultimo esempio rappresenta il livello della motivazione intrinseca, ovvero una motivazione propria, interna alla persona stessa. Questo tipo di motivazione è quella più desiderabile, in quanto sta alla base delle scelte spontanee e libere (Dweck, 1999). Essere intrinsecamente motivati all'AF significa che la si pratica per il piacere ed il benessere che essa comporta, che alla base vi si trova un interesse personale che, a sua volta, faciliterà il mantenimento di questo comportamento nel tempo. La motivazione intrinseca corrisponde anche a comportamenti autonomi, ad iniziative personali e ad un impegno rivolto verso sé stessi, piuttosto che verso altri. Essa rappresenta, quindi, il grado più profondo di internalizzazione di un comportamento. È importante, quindi, notare quanto, questo processo, risenta dell'influenza del contesto in cui si colloca il nostro agire. Un contesto controllante, nel quale contano soprattutto i risultati raggiunti e passano in secondo piano l'impegno e lo sforzo per raggiungere una meta, non favorisce questo passaggio, questa interiorizzazione degli obiettivi e dei comportamenti. Quando, invece, il contesto valorizza l'impegno, l'iniziativa personale, i miglioramenti e dimostra di sostenere l'autonomia personale (contesto autonomo), la persona viene stimolata ad interiorizzare i propri compiti e quindi i comportamenti da mettere in atto. Riportiamo di seguito una tabella riassuntiva (Tab.2) della SDT, che ne mette in luce le principali caratteristiche.



riprende alcuni elementi già emersi nel corso di questa trattazione. In particolare, evidenzia l'importanza assunta dalla *motivazione autonoma* e dal *supporto all'autonomia* percepito, per determinare l'assunzione di un comportamento. Questi due elementi sembrano capaci di influenzare profondamente la formazione delle *intenzioni*, perché permettono alla persona di sentirsi al tempo stesso libera di scegliere e sostenuta nella scelta che vuole realizzare. La maggiore osservazione di questo approccio, però, è rappresentata dal concetto di *transfer* della motivazione autonoma. Secondo gli autori, infatti, la motivazione autonoma che sta alla base di un comportamento in un dato contesto, può essere "trasferita" anche in altri contesti, andando così a supportare la formazione di intenzioni ad agire e ad adottare quel comportamento, anche in un contesto diverso da quello di partenza. Come tra contesto scolastico e quello del tempo libero, può avvenire un trasferimento della motivazione autonoma, tra l'educazione fisica e l'AF svolta liberamente nel proprio tempo libero, così, ad esempio, potrebbe avvenire un transfer tra un contesto ospedaliero, durante un periodo di ricovero, e un contesto autonomo della vita quotidiana. Ciò si traduce in un rinforzo della motivazione autonoma a prescindere dal contesto. Quindi, sostenere la motivazione autonoma nei confronti dell'essere fisicamente attivo, in un utente che partecipa ad una proposta di AF, nell'ambito di cura che frequenta, potrebbe rivelarsi molto utile per sostenere la sua motivazione autonoma anche nei confronti di altri comportamenti, motori e non solo.

## **2.2 Motivazione e Attività Fisica in persone con disturbi psichiatrici gravi**

Il quadro teorico fin qui illustrato ha messo in evidenza che la relazione tra motivazione e AF può essere analizzata da differenti prospettive, ma, soprattutto, ha reso evidente quanti elementi entrano in gioco nel cercare di adottare un comportamento motorio e di mantenerlo nel tempo. Quando questa relazione viene chiamata in causa in persone che soffrono di un disturbo psichiatrico grave, come schizofrenia, disturbo bipolare o psicosi croniche, la situazione si complica notevolmente. Al giorno d'oggi è opinione comune che l'AF rappresenti un elemento fondamentale per uno stile di vita sano; inoltre, anche la consapevolezza dell'utilità dell'AF nella prevenzione e nella cura di numerose patologie è cresciuta notevolmente (WHO, 2010). Come anticipato al capitolo precedente, per quanto riguarda l'ambito della salute mentale, la letteratura fornisce ampia testimonianza di come, ai disturbi psicotici, si associno numerose comorbidità, quali, in particolare: ipertensione, diabete, malattie cardio-vascolari, respiratorie e sindrome metabolica (Vancampfort, 2012). Queste comorbidità, sommate all'utilizzo prolungato di psicofarmaci, contribuiscono ad aggravare le condizioni di vita di queste persone, limitandone notevolmente le capacità d'esercizio (Beddington et al., 2009). Inoltre, queste condizioni, hanno un impatto fortemente

negativo sul benessere fisico e mentale della persona e si associano ad un peggioramento della qualità di vita (Bolognesi et al., 2014) Nonostante la ricerca scientifica, negli ultimi trent'anni, abbia ampiamente descritto i benefici dell'AF nella cura dei disturbi psichiatrici, però, si è ancora lontani da un suo impiego sistematico, come parte integrante del percorso riabilitativo degli utenti. Per capire questa complessa situazione è necessario ampliare lo sguardo e prendere in considerazione diversi fattori, in grado di influenzare i sistemi di cura e i processi motivazionali che guidano le scelte e i comportamenti delle persone affette da questi gravi disturbi. Secondo il *Modello Ecologico* (Sallis & Bauman & Pratt, 1998), infatti, ogni comportamento umano è il prodotto di influenze multiple, che riguardano gli aspetti psicologici della persona, le condizioni socio-economiche e socio-politiche in cui vive ed infine le condizioni dell'ambiente che la circonda. L'atteggiamento motivazionale di una persona, quindi, va considerato all'interno di un quadro più ampio, che tenga conto dell'influenza di questi aspetti, che possono limitare, facilitare, supportare o condizionare molti dei nostri comportamenti. Così, ad esempio, ci sono ambienti della vita quotidiana che possono favorire la sedentarietà e limitare le possibilità di movimento o, al contrario, favorirle. La stessa organizzazione di un edificio può influenzare la quantità di AF svolta da chi vi lavora all'interno, a seconda della posizione occupata dalle scale piuttosto che dall'ascensore, dalla presenza di aree verdi calpestabili nelle immediate vicinanze o, addirittura, dalla presenza di una palestra al suo interno, dove poter svolgere AF in pausa pranzo o dopo lavoro. Quando si considerano aspetti che hanno a che fare con la salute pubblica, quindi, diventa ancora più importante prendere in considerazione entrambe queste aree, quella della motivazione dell'individuo e quella dell'ambiente, o per meglio dire, del contesto ecologico, in cui è inserito. La promozione dell'AF per la salute mentale certamente rientra in questo quadro e a tal proposito la ricerca scientifica ha dimostrato come sia necessario creare dei contesti supportivi, ovvero ambienti e politiche che sostengano e agevolino l'assunzione di stili di vita attivi, fornendo, al tempo stesso, alle persone, gli strumenti psicologici per cambiare e regolare i propri comportamenti, sviluppando le proprie abilità personali (Sallis & Owen, 1999). Questo modello mette quindi in luce i principali fattori socio culturali e ambientali, correlati e determinanti dell'AF, che sono riassunti nella tabella seguente (Tab.3).

**Tab.3 Componenti del Modello Ecologico**

<b>Componente</b>	<b>Esempio</b>
<b>Fattori Personali</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Psicologici</li><li>- Biologici</li><li>- Di sviluppo</li></ul>
<b>Fattori Sociali</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Amici</li><li>- Famiglia</li><li>- Colleghi</li></ul>
<b>Fattori Istituzionali</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Azienda (Luogo di lavoro)</li><li>- Scuola</li><li>- Strutture della salute pubblica</li></ul>
<b>Fattori Comunitari</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Organizzazione delle risorse per l'AF</li><li>- Eventi pubblici collegati all'AF</li><li>- Percorsi pedonali e ciclabili sicuri</li></ul>
<b>Politiche Sociali</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Agevolazioni fiscali per stili di vita sani</li><li>- Leggi per la protezione degli spazi verdi e degli ambienti naturali</li><li>- Tassi assicurativi migliori per le persone "in forma"</li></ul>

(Adattato da: Marcus & Forsyth, 2009)

Tutti questi aspetti vanno presi in considerazione al fianco della malattia stessa che, per le persone affette da disturbi psicotici, rappresenta, senza dubbio, il primo fattore capace di influenzare la motivazione. La mancanza di motivazione, infatti, è uno degli elementi che maggiormente caratterizzano le psicosi croniche e che si manifesta in modo a-specifico, nella maggior parte degli aspetti della vita del soggetto. La motivazione nei confronti di qualsiasi forma di "reazione al male" sembra spegnersi e vengono meno le forze per affrontare le difficoltà che insorgono. La persona che soffre di questi disturbi generalmente si chiude in sé stessa e pone delle barriere fra sé e gli altri. Motivare chi è afflitto da una condizione tanto complessa diventa, quindi, una vera sfida, in particolare per le famiglie, ma soprattutto per gli operatori sanitari che si occupano di queste persone (Archie et al., 2007, 2003). L'AF, in tal senso, può giocare un ruolo speciale negli interventi motivazionali, come verrà approfondito nel capitolo successivo, ma è necessario che chi la propone sia perfettamente consapevole di quanto finora evidenziato.

### **3. BENEFICI, BARRIERE E FACILITATORI DELL'ATTIVITÀ FISICA**

#### **3.1 Attività fisica e disturbi psicotici**

L'AF, come già evidenziato, rappresenta una delle componenti degli interventi multidisciplinari proposti dalle équipes di cura, nell'ambito dei percorsi riabilitativi per gli utenti psichiatrici (Richardson et al., 2005). La sua efficacia, però, è influenzata da numerosi fattori, evidenziati al capitolo precedente, di cui devono tenere conto gli operatori sanitari che decidono di includere proposte di AF tra le attività delle loro strutture. La condizione di disagio, più o meno acuto, che affronta una persona che soffre di un disturbo psicotico cronico, infatti, si riflette in una forte chiusura in sé stessi, che provoca l'isolamento sociale. Questa chiusura può comportare anche un distacco dalla dimensione corporea e quindi dalle proprie condizioni fisiche. La malattia influenza profondamente anche la consapevolezza di sé, delle proprie capacità e possibilità. La chiusura si associa fortemente anche all'inattività e ad una staticità che si traducono, il più delle volte, in sedentarietà. L'utilizzo di farmaci antipsicotici, poi, comporta, generalmente, un aumento di peso che non fa che peggiorare la situazione. Quando l'umore è depresso, inoltre, ogni stimolo ad essere fisicamente attivi risulta annullato. Di fronte ad un quadro così "drammatico" si intuisce la portata della sfida che si trova di fronte l'équipe di cura. La promozione dell'AF, in questo ambito, è oggetto di interesse della ricerca ormai da anni. Molti studi hanno indagato gli interventi realizzati dalle équipes sanitarie, soprattutto dal punto di vista degli infermieri (Faulkner & Biddle, 2001, 2002; Casey, 2007; Mo et al., 2011; Verhaeghe et al, 2011). Tra i principali aspetti che emergono dalle esperienze riportate, viene messa in evidenza l'importanza che le proposte di AF siano calibrate (tailored, cuciti su misura) sulla situazione della persona. Quindi, prima di tutto, è fondamentale riuscire a stabilire una relazione di fiducia con l'utente, sulla base della quale cercare di approfondire la conoscenza della situazione che sta vivendo. Successivamente, è fondamentale capire quali siano le sue *preferenze* in termini di AF, in modo da valutare quali attività proporgli. Un altro aspetto importantissimo, che può aiutare a far crescere i livelli motivazionali, riguarda l'*informazione*, che può influenzare l'idea stessa che ha l'utente dell'utilità dell'AF per il suo percorso personale. L'informazione, spesso, passa attraverso *interventi educativi* volti a mettere in luce i benefici dell'AF, le possibilità di svolgere un'attività nel proprio territorio, le proposte organizzate dalla struttura di cura stessa, e molti altri argomenti quali, per esempio, la sana alimentazione e come far fronte agli effetti collaterali dei farmaci, per aiutare a prendere consapevolezza della malattia e a conoscerne i rischi correlati (Crone & Guy, 2008). Questi interventi, al tempo stesso, offrono all'utente

anche occasioni d'incontro con altre persone che affrontano le stesse difficoltà, e rappresentano quindi, come le proposte di AF, occasioni per contrastare l'isolamento sociale e la chiusura relazionale in cui si cade. Ciò che maggiormente influenza, però, l'adesione ad una proposta di attività è il *supporto* fornito alla persona malata nel momento della scelta e durante la pratica stessa. Il sostegno, ovvero gli stimoli esterni di rinforzo, l'aiuto e l'incoraggiamento che possono giungere da una figura significativa, come quella degli operatori sanitari dell'équipe di cura, infatti, è stato riconosciuto come uno dei principali elementi capaci di influenzare l'adesione e il mantenimento ad un programma di AF regolare, in persone che soffrono di disturbi psicotici (Carless & Douglas, 2008). Agli operatori sanitari, quindi, e in particolare alla figura del medico (Johnston et al., 2007), è riconosciuto un ruolo chiave nella gestione di queste proposte, ed è proprio nello spazio di questa *relazione di cura* che si determina buona parte dei successi e degli insuccessi di queste iniziative. La cura, di fronte alla cronicità di queste malattie, non può risolversi nell'aiuto, nel sostegno e nell'assistenza di un intervento temporaneo, anche urgente. Non può fermarsi, cioè, alla presa in carico del paziente, tipico dell'intervento medico, ma deve, necessariamente, assumere i caratteri pedagogici-educativi "dell'aver cura", del "farsi carico", oltre la contingenza del bisogno, tipica di chi "affianca, custodisce ed indirizza la condizione umana anche nei suoi *stati di normale possibilità*" (Conte, 2006). Bisogna sapere riconoscere le potenzialità della persona che necessita di cure e, partendo da ciò che è ancora possibile, aiutarla a "riportare a galla sé stessa" e a riprendere il proprio cammino. Gli interventi riabilitativi, in questo ambito, devono essere inseriti in veri e propri progetti di cura della persona, fortemente connotati dal punto di vista educativo. Questa capacità di "prendersi cura", evidentemente, non può discendere da un obbligo professionale (Neve, 2004), ma deve poggiare su vere e proprie competenze relazionali, che secondo Benini non possono derivare solamente dai saperi disciplinari (sanitari, sociali, psicopedagogici). È necessaria una grande "capacità di riflettere sulle modalità e metodologie che facilitano l'apprendimento del prendersi cura" (Benini, 2004). Bisogna sapere ascoltare e saper rispondere, ovvero saper ricevere un messaggio e sapere dare dei feed-back, per far sentire la propria presenza e vicinanza (Conte, 2006). Anche l'elemento della *prossimità* non va trascurato: all'operatore sanitario sono necessarie vere e proprie *competenze posizionali*, ovvero deve avere cura della propria posizione educativa. La vicinanza spaziale, il trovarsi nello stesso luogo, alla stessa ora, l'essere presenti ad un'attività, non corrispondono necessariamente ad una "adiacenza spirituale" tipica dell'atteggiamento empatico. La relazione educativa di cura richiede la capacità di creare, nella vicinanza, prossimità. Sapere gestire la prossimità significa: bilanciare ed equilibrare sistematicamente tra sé e l'altro, la parola detta e la parola ascoltata, in una non occasionale

ma intenzionale e continua vicendevolezza (Conte, 2006). Bisogna quindi saper capire qual è la “giusta distanza” a cui porsi dall’utente, senza paura, ma imparando a riadattare queste posizioni in base alle esigenze e alle situazioni. Aver cura della relazione, inoltre, richiede la capacità di avere, in primis, cura di sé. Nel suo ruolo educativo, l’operatore che non ha cura di sé rischia di sbilanciare sull’utente la sua opera, perdendo di vista sé stesso. Queste persone, invece, hanno bisogno di punti di riferimento saldi, di esempi chiari e concreti, che lascino intravedere la possibilità del cambiamento, testimoniato dalla ricerca costante dell’equilibrio tra cura di sé e cura dell’altro. Nell’ambito dell’AF diventa ancora più evidente quanto sia importante essere fisicamente attivi in prima persona, quando si vuole proporre un’AF per il percorso riabilitativo (Fie et al., 2011). La sola prescrizione non basta. L’AF e lo sport, “per definizione”, richiedono la capacità di mettersi in gioco, e non si tratta di dimostrarsi atleti, ma di essere disposti a fare la stessa “piacevole fatica” che a tutti, chi più chi meno, è richiesta. Non è questione di accollarsi fatiche aggiuntive o di abnegazione di sé per dimostrare chissà cosa; c’è bisogno, semplicemente, nell’intenzionalità della relazione, di farsi prossimi agli altri essendo disposti a giocare, sudare, faticare, divertirsi, cambiare abiti, sempre nella giusta posizione relazionale. Conte (2006), in un’immagine molto suggestiva, definisce la relazione educativa e il progetto educativo come *l’ascissa e l’ordinata* di un piano cartesiano su cui si disegna “la curva identitaria” della persona. Questi tratti, che dipingono nel dettaglio il ruolo dell’educatore sanitario, gli permettono di affiancare l’utente al tempo stesso con padronanza e spontaneità. Anche nel caso dell’AF, infatti, l’aderenza al trattamento (compliance) rappresenta la condizione necessaria per garantirne l’efficacia, ed è quindi intuibile quanto lavoro di “squadra” sia richiesto all’*équipe* di cura per accompagnare l’utente nel suo percorso.

Un altro elemento che, più di altri, è in grado di influenzare la motivazione intrinseca nei confronti dell’AF è l’*enjoyment*. Scanlan e Simons (1992) lo definiscono come “una risposta emotiva positiva all’esperienza sportiva, che riflette sensazioni generali di piacere, gradimento e divertimento”. L’*enjoyment* è stato associato a diversi fattori positivi, come l’apprendimento, la socializzazione, il rilassamento, l’interazione e la collaborazione con i compagni di squadra (Supaporn & Griffin, 1998); esso risulta un elemento importante, da non trascurare, in quanto capace d’influenzare la volontà di iniziare e di mantenere un programma di esercizio regolare e duraturo (Hagberg et al., 2009). Gli aspetti finora emersi, coinvolti nella relazione tra AF e motivazione, vanno infine sommati a ciò che riguarda, più da vicino, le caratteristiche delle attività proposte, dall’intensità, alla frequenza, ai luoghi dove viene svolta, alle dinamiche di gruppo che possono instaurarsi tra i partecipanti, agli stati d’animo che può suscitare. Questi fattori sono in grado di influenzare, a loro volta, la partecipazione

degli utenti, con una ricaduta, quindi, anche sul loro livello di motivazione, che continuamente può subire delle modifiche.

### **3.2 Benefici, Barriere e Facilitatori delle proposte di Attività Fisica per gli utenti dei servizi psichiatrici territoriali**

Come ampiamente esposto, esistono numerose evidenze in merito all'utilità dell'AF nella cura delle malattie mentali (Biddle & Mutrie, 2001; Taylor e Faulkner, 2008; Jerome et al., 2009; Vancampfort et al., 2015). Negli ultimi decenni, inoltre, la ricerca è stata in grado di fornire un quadro molto completo dei meccanismi che sottendono i benefici dell'attività (Crone et al., 2006) e di delineare le principali barriere che si associano alla pratica, nonché i facilitatori che possono aiutare e agevolare la realizzazione di programmi di AF regolare per persone che soffrono di malattie mentali.

Presentiamo in forma schematica e riassuntiva quanto emerso da alcune ricerche, che hanno indagato benefici, barriere e facilitatori dell'AF, dal punto vista degli utenti e degli operatori sanitari, con studi cross-sectional (Ussher et al. 2007), prospettici (Faulkner & Biddle, 2001), indagini su ampia scala (Mo et al., 2011), revisioni della letteratura (Vancampfort et al., 2012a; Verhaeghe et al., 2011; MacHaffie, 2002) ma soprattutto con un numero crescente di indagini qualitative, basate su interviste semi-strutturate e focus group (Faulkner & Biddle, 2002; McDevitt et al., 2006; Shiner et al., 2008; Saundy et al. 2013; Leutwyler et al. 2014, Bergqvist et al., 2013). Le indagini qualitative, infatti, stanno affiancando, sempre più frequentemente, gli studi di natura quantitativa, ampliandone in modo fondamentale l'apporto scientifico e favorendo una comprensione più ampia dei contesti e delle situazioni dei fenomeni indagati (Patton, 2002; Pope & Mays, 1995).

**Tab.4 Benefici dell'AF:**

<b>Componenti</b>	<b>Esempi</b>
<b>Fisiologiche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aiuta a controllare la pressione arteriosa</li> <li>✓ Riduce il rischio di diabete</li> <li>✓ Riduce il rischio di malattie cardiovascolari</li> <li>✓ Riduce il rischio di cancro al colon</li> <li>✓ Attenua l'osteoporosi</li> <li>✓ Migliora la qualità e la quantità del sonno</li> <li>✓ Aumenta la resistenza fisica, la flessibilità, la coordinazione, l'equilibrio e la velocità di movimento in soggetti di tutte le età</li> </ul>

<b>Psicologiche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Favorisce il rilassamento</li> <li>✓ Riduce stress e ansia</li> <li>✓ Migliora il tono dell'umore</li> <li>✓ Aumenta la fiducia in sé stessi e l'autostima</li> </ul>
<b>Sociali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Favorisce momenti d'incontro</li> <li>✓ Aumenta le possibilità d'integrazione sociale</li> <li>✓ Contrasta isolamento e solitudine</li> <li>✓ Facilita la frequentazione di ambienti stimolanti, favorendo il mantenimento di un ruolo attivo nella società e l'acquisizione di nuovi ruoli positivi</li> </ul>

(Ussher et al., 2007; Verhaeghe et al., 2011; Mo et al., 2011)

### Tab.5 Barriere dell'AF

<b>Barriere Fisiche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La malattia mentale in sé e i suoi sintomi</li> <li>✓ Gli effetti collaterali dei farmaci</li> <li>✓ Il dolore generato dalla pratica dell'AF</li> <li>✓ Paura di farsi troppa fatica</li> </ul>
<b>Barriere psicosociali e interazionali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ansia sociale</li> <li>✓ Stigma e pregiudizio nei confronti della malattia</li> <li>✓ Scarsa motivazione e mancanza di iniziativa</li> <li>✓ Paura causata da esperienze negative passate</li> <li>✓ Riluttanza a partecipare</li> </ul>
<b>Barriere ambientali</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Barriere economiche e sociali</li> <li>✓ Mancanza di tempo</li> <li>✓ Problemi di trasporti</li> <li>✓ Insicurezza / paura di uscire di casa</li> <li>✓ Cattive condizioni climatiche</li> </ul>

(Ussher et al., 2007; Verhaeghe et al. 2011, Soundy et al., 2013)

### Facilitatori dell'AF

Per quanto riguarda i facilitatori dell'AF non è possibile delineare in modo così schematico componenti ed esempi. Gli elementi messi in evidenza dalla letteratura, comunque, riguardano principalmente l'azione che può svolgere l'operatore sanitario che propone l'AF e

le caratteristiche dell'attività stessa, che rendono più facile la partecipazione degli utenti. È stata rimarcata, in particolar modo, l'importanza del supporto da parte degli operatori, dei familiari e dei pari (utenti e compagni di squadra) (Jerome et al., 2012). Il supporto è inteso con diversi significati che vanno dal sostegno verbale durante la pratica, a quello pratico-organizzativo, agli interventi informativi-educativi, alla base del quale sta sempre una relazione di cura basata sulla fiducia. Il gruppo dei pari può fornire un'importante forma di supporto, più legata alla condivisione (Soundy et al., 2012; Happell et al., 2012). Anche l'empatia, nella relazione con l'operatore sanitario, viene riconosciuta quale importante facilitatore (Soundy et al., 2007). Infine, per quanto riguarda le attività, sono state messe in luce le seguenti caratteristiche: attività su misura (tailored), che tengano conto delle preferenze ed esigenze dell'utente, attività piacevoli e divertenti, attività che promuovano la self-efficacy e la relazione con gli altri (Soundy et al., 2013). L'ultima nota riguarda lo stile di vita attivo degli operatori sanitari, che può facilitare gli interventi di promozione della salute per gli utenti (Fie et al., 2011).

#### **4. SCOPO DELLA RICERCA**

Lo scopo di tale studio è stato quello di iniziare ad osservare più dettagliatamente quali siano gli elementi rilevanti per l'efficacia dei programmi di AF proposti agli utenti dei servizi di salute mentale territoriali e delle ASD che li accolgono. Particolare attenzione è stata posta a tre principali aspetti ovvero benefici, barriere e facilitatori dell'AF, sia in termini quantitativi (ad esempio durata, intensità, frequenza delle attività proposte), che qualitativi (ad esempio motivazione, enjoyment, ecc.), sulla base dell'esperienza di un gruppo di utenti e di operatori sanitari regolarmente coinvolti in programmi di AF e sportiva. La ricerca ha voluto inoltre promuovere una riflessione sul ruolo che l'AF può svolgere nella cura delle problematiche psichiatriche, a partire dagli esempi presi in esame.

Si possono individuare tre obiettivi principali della ricerca:

- 1) confrontare la quantità di AF, la motivazione, l'enjoyment, la self-perception e la qualità della vita percepita, in persone con disturbi psicotici e operatori sanitari, regolarmente fisicamente attivi;
- 2) indagare gli elementi rilevanti per l'efficacia delle proposte di AF per persone con disturbi psicotici, in termini di benefici, barriere e facilitatori, secondo il punto di vista degli operatori sanitari coinvolti;
- 3) promuovere una riflessione sul ruolo che l'AF può svolgere nella cura e nella riabilitazione dei disturbi psichiatrici gravi e sul ruolo chiave degli operatori sanitari nella promozione di questi interventi, a partire dagli esempi presi in esame.

L'ipotesi che sta alla base di questa ricerca è che i fattori indagati, correlati all'AF, possano modulare positivamente o negativamente, in maniera trasversale, anche interventi terapeutici e riabilitativi di altra natura.

Più nel dettaglio, si ipotizza che:

- a) le persone con disturbi psicotici presentino minori livelli motivazione, auto-efficacia, enjoyment, quantità di AF e qualità della vita degli operatori sanitari;
- b) gli operatori sanitari svolgano un ruolo fondamentale di esempio, guida e supporto nei confronti delle persone con disturbi psicotici, e che il loro personale atteggiamento nei confronti dell'AF possa influenzare le scelte e i comportamenti motori degli utenti con i quali lavorano.

## **5. METODI E MATERIALI**

Questa ricerca presenta un'analisi cross sectional della relazione tra AF e motivazione in persone con disturbi psicotici ed operatori sanitari, in alcune Realtà del territorio italiano nelle quali vengono utilizzati programmi di AF regolare come parte integrante del percorso riabilitativo e di cura. Sono state inoltre indagate alcune determinanti dell'AF, dal punto di vista degli operatori sanitari che personalmente propongono e partecipano ai programmi di AF per gli utenti dei servizi psichiatrici territoriali. Dal punto di vista metodologico lo studio si basa su un campionamento non casuale, volto a descrivere le caratteristiche di gruppi naturali, già esistenti nel territorio, esaustivi del collettivo che rappresentano. Il disegno di ricerca ha voluto prediligere un approccio misto, quantitativo-qualitativo, che offriva strumenti d'indagine più appropriati rispetto agli scopi perseguiti (Pope & Mays, 1995). Con tutti i partecipanti, di ciascuna Realtà coinvolta nello studio, sono state complessivamente indagate, tramite l'uso di questionari, le variabili demografiche, la quantità di AF regolarmente svolta, la motivazione nei confronti dell'AF, la qualità della vita percepita, l'autostima e l'abilità sportiva percepite (self-perception) ed infine l'enjoyment.

Tramite la tecnica del focus-group, invece, sono stati indagati i benefici, le barriere e i facilitatori dell'AF, in quattro gruppi di operatori sanitari, ovvero psichiatri, educatori, infermieri e operatori socio sanitari dell'équipe di cura, ai quali si sono aggiunti, in certi casi, gli esperti di AF esterni che collaborano con esse.

### **5.1 Partecipanti**

Lo studio ha coinvolto 75 persone con disturbi psicotici (diagnosi secondo il DSM V), 61 uomini e 14 donne, di età media 38.6 (DS=9.6) e 35 operatori sanitari, 16 uomini e 19 donne, di età media 38.3 (DS=11.8). I partecipanti provengono da cinque regioni italiane, Veneto, Toscana, Lombardia, Friuli e Campania; sono utenti e operatori sanitari dei servizi psichiatrici territoriali quali Centri di Salute Mentale (CSM), Centri Diurni (CD), Centri Psico-Sociali (CPS) o Comunità Terapeutiche Riabilitativa Protette (CTRP), dove regolarmente vengono proposti programmi di AF integrati nel percorso riabilitativo, insieme alle altre forme di terapia. Alcuni di essi (48 utenti e 21 operatori) fanno inoltre parte di Associazioni Sportive Dilettantistiche (ASD) o Polisportive che hanno come obiettivo in particolar modo l'integrazione sociale dei loro soci attraverso lo sport e l'AF. La scelta di queste differenti strutture e associazioni è quindi strettamente legata all'utilizzo dell'AF come proposta regolare, gestita da esperti delle diverse discipline sportive e attività motorie, in collaborazione con le équipe di cura, che per prime sostengono e indirizzano gli utenti alle

attività stesse. I partecipanti, per quanto riguarda il Veneto, sono stati individuati grazie alla collaborazione di alcuni medici psichiatri sensibili all'argomento di ricerca. Gli altri partecipanti, invece, sono stati coinvolti grazie ad un invito, da parte dell'ASD della Toscana, a presenziare ad un torneo nazionale che coinvolgeva diversi gruppi di utenti e operatori dell'ambito della salute mentale. Hanno quindi aderito allo studio l'Ulss 16 di Padova con le strutture del CSM di Piove di Sacco e la CTRP La Lanterna di Abano Terme, l'Ulss 15 di Cittadella con i Centri Diurni Psichiatrici di Cittadella e di Galliera Veneta, l'Ulss 12 di Mestre con gli utenti del CSM di Mestre Nord e l'ASL 5 di Pisa con il Centro Diurno di Pontedera. Inoltre hanno preso parte allo studio alcuni partecipanti al torneo "Palla in rete 2013": l'Associazione Polisportiva Bonola Boys di Milano, nata dall'esperienza di un Centro Psico-Sociale (CPS) Territoriale della città, l'ASD Global Sport Lario di Como, nata all'interno del DSM dell'Ospedale S. Anna della città, l'Associazione Funicola di Napoli, che coinvolge utenti e familiari promuovendo attività sportive e culturali (ha partecipato solo l'infermiere referente dei progetti sportivi) ed infine la Polisportiva "Gorizia 2000" che raccoglie utenti provenienti dal CSM di Palmanova, nella provincia di Udine, dal CSM di Monfalcone e da una struttura privata in provincia di Gorizia.

#### *5.1.1 CSM di Piove di Sacco e CTRP "La Lanterna"*

L'attività proposta agli utenti del CSM di Piove di Sacco è guidata da una laureata in Scienze Motorie e coinvolge un gruppo di 10-12 persone che si incontrano una volta alla settimana, il giovedì mattina, per circa un'ora e mezza, in una palestra comunale esterna al CSM. L'attività proposta comprende l'esercizio aerobico, la tonificazione muscolare, ma soprattutto esercizi che mirano a migliorare la coordinazione e l'equilibrio, preferibilmente proposti in forma ludico-sportiva. Anche la sana competizione rappresenta un aspetto importante dell'attività, come si vedrà più ampiamente nella presentazione dell'analisi dei focus group. Nei periodi più favorevoli dal punto di vista climatico viene attivato anche un gruppo cammino, con un buon riscontro partecipativo, che rappresenta un ulteriore appuntamento settimanale. Questa attività viene poi sostituita da un "gruppo bocce" quando il clima non è favorevole alle camminate.

Un'attività con le stesse caratteristiche viene proposta anche presso la CTRP "La Lanterna" di Abano terme dove una laureata in Scienze Motorie conduce ogni mercoledì mattina un'ora e mezza di attività multifattoriale, molto adattabili alle esigenze dei partecipanti. Il gruppo di partecipanti in questo caso è molto variabile a seconda del percorso riabilitativo di ciascun residente presso la comunità terapeutica, mediamente coinvolge 7 o 8 ospiti e tre operatori sanitari. Il gruppo ha a disposizione una piccola palestra presso una struttura comunale, che

offre uno spazio molto raccolto, ideale per attività che non prevedono grandi spostamenti. Molto frequentemente quindi, ovvero quando le condizioni climatiche lo permettono, si predilige l'attività all'aria aperta, presso i numerosi parchi presenti nel territorio o con escursioni a piedi, in ambiente naturale, come per esempio sui vicini Colli Euganei. In generale comunque l'attività viene organizzata e condotta secondo una chiara struttura, con momenti distinti di attivazione, una fase centrale in cui l'insegnante propone un'attività centrata sull'obiettivo perseguito e una fase finale di gioco sportivo in cui dare spazio a proposte più ludiche. Il gruppo è attivo tutto l'anno ad esclusione dei periodi delle festività e di una pausa estiva nel mese di agosto, durante il quale vengono però proposte uscite al mare o in piscina.

### *5.1.2 CSM di Cittadella, CD di Cittadella e Galliera Veneta*

Anche l'Ulss 15 di Cittadella propone un servizio con caratteristiche simili, attivo da più di dieci anni e rivolto agli utenti dei centri diurni di Cittadella e Galliera Veneta. L'attività viene guidata da una laureata in Scienze Motorie, coinvolge un gruppo di 12-15 persone e si svolge nel palazzetto comunale di Grantorto, il mercoledì mattina, per circa un'ora e mezza. Anche in questo caso si cerca di affiancare il movimento fisico, mirato al miglioramento di abilità e capacità motorie di base, ad attività che stimolino la relazione, il contatto, la consapevolezza di sé, dei propri limiti e delle potenzialità, la sfida e la sana competizione, sempre prediligendo la forma ludica. L'attività viene realizzata da ottobre a maggio, mentre nei mesi estivi viene proposta un'uscita settimanale in piscina, anche in questo caso con ottimo successo partecipativo. Inoltre, da circa sette anni, è attivo un "gruppo montagna" che coinvolge principalmente utenti ambulatoriali del CSM ospedaliero. Al gruppo partecipano utenti e operatori sanitari tra i quali anche uno psichiatra del CSM, alcuni infermieri e operatori socio sanitari e un volontario esperto di montagna ed ex-infermiere, che guida il gruppo nelle escursioni mensili che vengono organizzate. In questo caso si tratta di camminate di circa due o tre ore in ambiente montano o collinare, con percorsi impegnativi ma adatti anche a persone poco allenate. Il gruppo si ritrova due settimane prima dell'escursione, in una sala del day-hospital territoriale, per pianificare il nuovo itinerario e per rivedere l'escursione precedente. Si tratta di un incontro non obbligatorio ma molto importante, nel quale si dà spazio al dialogo, alla riflessione e alla condivisione in merito alla propria esperienza, per facilitare una crescita della consapevolezza personale. Inoltre, con l'aiuto dell'esperto che guida nella scelta del percorso, si cerca di responsabilizzare e coinvolgere gli utenti, per una partecipazione attiva ed in prima persona anche nella fase di preparazione dell'escursione.

### *5.1.3 CSM di Mestre Nord*

Per quanto riguarda il CSM di Mestre, invece, tre sono le attività che vengono regolarmente proposte agli utenti: il “gruppo in-forma”, il “gruppo montagna” e un “gruppo di voga veneta”. Queste attività promuovono un’importante collaborazione anche con enti presenti nel territorio cittadino quali il CAI di Mestre e la Società Remiera di Punta S. Giovanni, e aiutano gli utenti a conoscere e a vivere maggiormente i luoghi e le opportunità offerte dalla città, migliorando soprattutto la confidenza con l’ambiente in cui vivono. Il “gruppo in-forma” è nato a seguito di una iniziativa di un’azienda farmaceutica produttrice antipsicotici, farmaci che notoriamente comportano un grave aumento ponderale. L’iniziativa è stata poi portata avanti da uno psichiatra e da un’operatrice socio sanitaria, con l’idea di fornire informazioni sulle salute, con particolare attenzione all’alimentazione, dando anche agli utenti la possibilità di muoversi, con delle semplici camminate di gruppo a passo sostenuto. Il gruppo è costituito da 7-8 persone tra utenti e operatori, che anche in questo caso si ritrovano una volta alla settimana per circa un’ora e mezza. Viene poi proposta un’uscita più ampia, giornaliera, mediamente una volta al mese, durante la quale si cerca di promuovere il movimento come occasione di aggregazione, si dedica quindi più tempo allo stare insieme, condividendo il pranzo e cercando di far sperimentare uno stile di vita sano. Il “gruppo montagna“, attivo dal 2006, è gestito con modalità molto simili a quelle ritrovare anche a Cittadella: ci si avvale dell’aiuto di un esperto di montagna, un volontario del CAI che aiuta i partecipanti ad individuare i percorsi più adeguati per escursioni di un’intera giornata e che guida il gruppo nel giorno dell’uscita. Partecipano inoltre una psichiatra e un’infermiera del CSM e di volta in volta gli operatori socio sanitari disponibili. Si tratta quindi di un gruppo aperto, mediamente di una decina di persone, che ha come caratteristica una certa variabilità dei partecipanti; nonostante questo aspetto, però, è stato possibile promuovere anche un’esperienza formativa per i partecipanti, insieme agli esperti del CAI, per imparare come si va in montagna: un piccolo corso per apprendere le nozioni di base sull’equipaggiamento, le attenzioni da avere quando si cammina, l’osservazione dei cambiamenti del meteo e come comportarsi di conseguenza. Questa iniziativa viene periodicamente ripetuta e diventa un’occasione anche per i “veterani” di rendere partecipi i nuovi arrivati mettendo a disposizione le conoscenze acquisite. In fine il CSM di Mestre propone un gruppo di Voga Veneta, grazie all’accoglienza e alla collaborazione della Società Remiera di Punta S. Giovanni di cui una degli operatori sanitari è socia e maestra. Il gruppo ha una ciclicità durante l’anno, viene infatti organizzato a tranches di dieci incontri, durante i quali gli utenti partecipanti imparano la tecnica della voga veneta, come preparare e condurre l’imbarcazione e sperimentano da vicino il contatto con l’ambiente lagunare che è il “terreno di allenamento”

delle uscite. Anche per questo gruppo l'appuntamento è una volta alla settimana, per un'uscita in barca di circa tre ore. Durante le uscite vengono fornite anche informazioni tecniche e teoriche sulle peculiarità della voga veneta, ma si mira soprattutto a far praticare i partecipanti che sono mediamente 8 persone, distribuiti in due imbarcazioni, con due accompagnatori. Questa attività fa parte di un progetto interdipartimentale, coinvolge infatti anche alcuni utenti provenienti da Venezia, ma anche in questo caso si verifica una certa variabilità del gruppo legata alla ciclicità della proposta.

#### *5.1.4 A.S.D. Bellaria Solidarietà*

Diverso si presenta il quadro delle realtà associative e delle polisportive, soprattutto per la varietà dell'offerta che riescono ad offrire agli utenti e di conseguenza la numerosità delle adesioni che riescono a gestire. Prima fra tutte, l'Associazione Bellaria Solidarietà di Pontedera, ufficialmente istituita nel 2006, che accoglie utenti dell'Unità Funzionale di Salute Mentale Adulti (UFSMA) dell'USL 5 Pisa-zona Valdera, presso la quale le attività proposte sono principalmente di carattere sportivo-espressivo. Nell'arco di quattro giorni della settimana, tra gli orari del mattino e del pomeriggio, vengono organizzati un allenamento di calcio a 8, uno di basket, un'attività espressiva chiamata "danza movimento terapia", un allenamento di tiro con l'arco, due di scherma, un allenamento di nuoto e una sessione di ginnastica posturale. Ogni attività è condotta da esperti della disciplina, laureati in Scienza Motorie o in possesso dei requisiti necessari per condurre queste attività (tecnico federali, tecnico UIPS, cartellino di allenatore, diploma di terapeuta per la tecnica della danza), e vengono poi affiancati dagli operatori sanitari che partecipano alle attività, nonché dai volontari associati, ciascuno sulla base della propria esperienza. Ogni gruppo ha una numerosità variabile e nel complesso l'associazione conta circa una sessantina di soci.

#### *5.1.5 A.S.D. Global Sport Lario*

L'associazione Global Sport Lario di Como, similmente alla Bellaria Solidarietà, si rivolge ad utenti delle strutture del DSM dell'ospedale S. Anna di Como ed è nata nel 2003 da un gruppo di educatori appassionati di sport, grazie al Programma regionale di azioni innovative per la salute mentale "Una rete per la salute mentale". Anche in questo caso è aperta ad appassionati e volontari, arrivando a coinvolgere più di 150 soci. La gamma di attività sportive proposte nell'arco della settimana è molto ampia e prevede ogni giorno una diversa attività sportiva, con lo scopo principale di promuovere il benessere globale della persona. Le attività sono: nuoto, trekking, acqua-gym, judo (il gruppo ha deciso di chiamarsi Sakura-Ga-Saita, tradotto in "ciliegio in fiore"), calcio (la squadra si chiama "Dinamo Diurno") e pallavolo (la "Dinamo

Rossa”). In tutte queste attività, accanto all’allenatore esperto, esterno all’equipe di cura, è presente anche un utente o ex utente, con il compito di collaborare ed imparare il mestiere ed inoltre responsabile degli aspetti organizzativi e di gestione della squadra. L’associazione collabora con il Dipartimento di Salute Mentale di Como e propone queste attività come supporto alla cura, con l’obiettivo di ridurre anche lo stigma sociale. La Global Sport Lario aderisce all’ANPIS e alla UISP (<http://www.globalsportlario.it>).

#### *5.1.6 A.S.D. Bonola Boys*

L’Associazione Bonola Boys di Milano, avviata da un piccolo gruppo di infermieri di un CPS della città nel 2007, ha scelto, come proposta, il calcio, attività per la quale vengono coinvolti una trentina di soci. Grazie alla collaborazione con un’Accademia Calcio Inter, che fornisce gli spazi per l’allenamento settimanale e sostiene l’associazione nelle sue iniziative, la Bonola Boys è molto attiva nel territorio milanese: la squadra, formata da utenti, operatori e volontari, partecipa ad un campionato di calcio a 8 nel circuito della psichiatria; inoltre condivide numerosi incontri ed eventi di sensibilizzazione alla tematica dell’inclusione sociale, regolarmente organizzati con associazioni e enti della città (<http://bonolaboys.blogspot.it/>).

#### *5.1.7 A.S.D. Funicolà*

L’Associazione di familiari ed utenti della psichiatria Funicolà opera, con grande fervore, nel territorio napoletano, proponendo iniziative culturali e sportive, che mirano fortemente a coinvolgere gli utenti dei servizi psichiatrici con le loro famiglie, favorendo anche la partecipazione di volontari non utenti, per creare maggiori occasioni d’incontro, conoscenza e inclusione tra cittadini. La Funicolà ha una squadra di calcio a 8 che partecipa ad un campionato UISP e, come Associazione, si è sempre distinta per la sua autonomia dalle istituzioni, con le quali collabora però assiduamente. È stata promotrice di un’iniziativa sportiva intitolata “dai un calcio al pregiudizio”, nella quale sono state coinvolte squadre di calcio provenienti da diverse parti d’Italia e anche dall’Est Europa, con l’intento di combattere il pregiudizio e di promuovere la “diversità” culturale e sociale.

#### *5.1.8 Associazione Polisportiva Gorizia 2001*

Infine, l’Associazione Polisportiva 2001 Gorizia, di Gorizia, accoglie utenti da vari servizi del territorio. Propone diverse attività sportive, come parte integrante del percorso riabilitativo degli utenti, e come occasione d’incontro con la cittadinanza. Le attività proposte, che prevedono un allenamento settimanale, guidato da un operatore sanitario esperto, sono: pallavolo, calcio, basket, ping-pong ed equitazione.

Anche in questo caso il gruppo si appoggia a strutture esterne, presenti nel territorio, e c'è molta attenzione al coinvolgimento delle squadre in campionati misti, al di fuori del circuito della psichiatria, oltre che ad eventi sportivi competitivi, organizzati a livello locale, regionale e nazionale, grazie alla collaborazione della UISP.

Dalle testimonianze illustrate di seguito emerge in maniera chiara l'importante funzione sociale che svolgono queste Associazioni, dando la possibilità di svolgere regolarmente un'attività sportiva a persone con disturbi psichiatrici.

## **5.2 Strumenti**

### *5.2.1 Questionari*

A tutti i partecipanti alla ricerca sono stati somministrati cinque questionari:

**IPAQ-Short** (International Physical Activity Questionnaire, IPAQ group).

L'IPAQ-Short è un questionario che misura la quantità e le tipologie di AF svolta dal soggetto nell'arco di tempo di una settimana (gli ultimi 7 giorni dalla data di compilazione). È costituito da 9 item che indagano le attività svolte nella vita quotidiana, al lavoro, negli spostamenti da un posto ad un altro, nei lavori domestici, nella cura dell'abitazione e durante il tempo libero. L'IPAQ-short è stato riconosciuto a livello internazionale come strumento di misurazione self-report dell'AF a partire dal 2008. Affidabilità e validità ne sono state indagate con uno studio che ha coinvolto un ampio campione di popolazione in 12 Stati, dal 1998 al 2000 (Craig, et al. 2003). Il questionario è a disposizione in diverse lingue tra le quali l'italiano (Mannocci et al., 2010). L'IPAQ permette di distinguere tre livelli di AF, calcolati sulla base delle linee guida internazionali per la salute, dell'ACSM. Si distinguono, quindi, un livello basso (Low), un livello medio (*Moderate*) e un livello alto (*High*) di AF, a seconda della quantità e la qualità dell'AF riportata dal soggetto, per il periodo indicato (<http://www.ipaq.ki.se/ipaq.htm>).

**PSDQ-Short** (Physical Self Description Questionnaire, Sottoscale Autostima e Abilità Sportiva, Peart et al., 2009; Scarpa et al., 2010).

Il questionario indaga come vengono percepiti il sé corporeo e le capacità motorie del soggetto. Nello specifico, il PSDQ valuta 11 aspetti della self-description che sono: attività, aspetto, obesità, coordinazione, resistenza, flessibilità, salute, abilità sportiva, forza, fisico globale e autostima globale. Ciascuna scala prevede 6 o 8 item il cui punteggio viene attribuito su una scala Likert a 6 punti, con risposte che vanno da "Vero" a "Falso", con

quattro possibilità intermedie. Il PSDQ-Short propone una versione ridotta del PSDQ nella quale vengono mantenute le 11 scale, composte però da 4-5 item ciascuna: attività (item 10, 24, 32, 40), aspetto (item 3, 14, 20, 35), obesità (item 11, 19, 25, 33), coordinazione (item 1, 9, 18, 23, 31), resistenza (item 6, 28, 37, 44), flessibilità (item 5, 16, 22, 43), salute (item 8, 17, 30, 39, 46), abilità sportiva (item 2, 12, 26, 41), forza (item 4, 15, 21, 36), fisico globale (item 13, 27, 34, 42), autostima globale (item 7, 29, 38, 45, 47). In questo studio sono state utilizzate solamente le sottoscale Autostima Globale e Abilità Sportiva, ritenute più consone alle finalità della ricerca. Si riportano, di seguito, i valori dell'*Alpha* di Cronbach calcolati, per le due scale, nel gruppo utenti; Autostima Globale ( $\alpha=.54$ ; valore non accettabile), Abilità Sportiva ( $\alpha=.78$ ); e nel gruppo operatori: Autostima Globale ( $\alpha=.71$ ), Abilità Sportiva ( $\alpha=.93$ ).

**SIMS** (Situation Motivational Scale, Guay et al., 2000).

La "Situation Motivational Scale" indaga la motivazione all'esercizio fisico secondo 4 dimensioni della motivazione suggerite dalla teoria dell'autodeterminazione di Deci e Ryan (Deci & Ryan, 1985; 2000; 2012). Il questionario è costituito in totale da 16 item, suddivisi in 4 sottoscale, ognuna composta da 4 item. Le quattro sottoscale sono: motivazione intrinseca (item 1, 5, 9, 13), regolazione identificata (item 2, 6, 10, 14), regolazione esterna (item 3, 7, 11, 15) e amotivazione (item 4, 8, 12, 16). Il soggetto può esprimere la sua preferenza su una scala Likert a 7 risposte, che vanno da "Per nulla d'accordo" (punteggio 1) a "Completamente d'accordo" (punteggio 7). Le quattro scale permettono di tracciare il profilo motivazionale del soggetto, ovvero di capire quanto sia motivato ad essere fisicamente attivo, su un continuum che va dalla totale mancanza di motivazione alla motivazione intrinseca, descritto dalla Self Determination Theory, di Deci e Ryan. Si riportano, di seguito, i valori dell'*Alpha* di Cronbach calcolati, per le quattro scale, nel gruppo utenti: motivazione intrinseca ( $\alpha=.84$ ), regolazione identificata ( $\alpha=.84$ ), regolazione esterna ( $\alpha=.64$ ); amotivazione ( $\alpha=.75$ ); e nel gruppo operatori: motivazione intrinseca ( $\alpha=.89$ ), regolazione identificata ( $\alpha=.87$ ), regolazione esterna ( $\alpha=.61$ ); amotivazione ( $\alpha=.90$ ) (valori accettabili).

**PACES-It** (Physical Activity Enjoyment Scale, Carraro et al., 2008).

Il questionario PACES valuta il livello di gradimento nelle attività fisiche, ed è composto da 16 affermazioni riguardanti sensazioni fisiche (ad esempio "mi dà energia") o emotive ("mi diverto"). Nove item costituiscono la scala positiva (Pros\_item 1, 4, 6, 8, 9, 10, 11, 14, 15) e sette la scala negativa (Cons\_item 2, 3, 5, 7, 12, 13, 16). Il soggetto è invitato a rispondere indicando un valore su scala Likert a 5 punti (disaccordo-accordo), dove 1 significa "Sono in

completo disaccordo” e 5 significa “Sono completamente d’accordo”. La versione utilizzata è quella validata in lingua italiana PACES-it (Carraro, Young e Robazza, 2008). Nella codifica nella scala negativa è necessario ribaltare il valore degli item (reverse-item). Si riportano, di seguito, i valori dell’*Alpha* di Cronbach calcolati, per le due scale, nel gruppo utenti; PACES Pros ( $\alpha=.79$ ), PACES Cons ( $\alpha=.78$ ); e nel gruppo operatori: PACES Pros ( $\alpha=.84$ ), PACES Cons ( $\alpha=.61$ ) (valori accettabili).

**SF-36** (36 Item Short Form Health Survey, Ware et al., 2008; Apolone & Mosconi, 1998; Apolone et al, 1997).

Il questionario SF-36 indaga la qualità di vita e la qualità di vita relativa alla salute, percepite dal soggetto. È uno strumento di rapida somministrazione, che mediamente richiede non più di 10 minuti per la sua compilazione, ed estremamente preciso (lo strumento è valido e riproducibile). Questo questionario è stato sviluppato negli anni ‘80 negli Stati Uniti ed è composto da 36 item che si possono suddividere in 8 differenti scale, corrispondenti, a loro volta, a 8 aspetti diversi della salute, definiti domini. L’SF-36 è ampiamente utilizzato per screening sulla salute, soprattutto per indagare la percezione della qualità di vita con popolazioni di pazienti, quindi soggetti affetti da malattia. Gli studi di validazione sostengono l’utilizzo dell’SF-36 anche con persone affette da disturbi psichiatrici. La versione italiana del questionario è stata realizzata negli anni ‘90 grazie al progetto IQOLA (International Quality of Life Assessment), che in Italia ha coinvolto più di 10.000 soggetti nella somministrazione. I risultati ottenuti hanno permesso di realizzare la traduzione e l’adattamento culturale per l’italiano. Nel corso degli anni sono state realizzate anche due versioni brevi del questionario, l’SF-12 e l’SF-8, sempre comprendenti le otto scale ma meno noti e diffusi nell’utilizzo. Gli otto domini della salute, indagati dal questionario, sono: Attività Fisica (10 domande) che riflette il livello e il tipo di limitazioni riscontrate nell’ eseguire movimenti e svolgere attività fisiche; Ruolo della salute fisica (4 domande) riferito a quanto, la funzionalità fisica, influenza l’attività della vita quotidiana; Dolore Fisico (2 domande) che valuta la quantità di dolore provato dal soggetto e l’impatto che ha sulle attività della vita quotidiana; Salute Generale (5 domande) che comprende una valutazione sullo stato di salute generale oltre che la percezione e le aspettative sull’andamento della propria salute; Vitalità (4 domande) che indaga i cambiamenti nello stato di benessere del rispondente; Attività Sociali (2 domande) che valuta in che modo e per quanto tempo la salute fisica o lo stato emotivo hanno influenzato le normali attività sociali del soggetto; Ruolo dello stato emotivo (3 domande) che stima quanto, lo stato emotivo del soggetto, abbia influenzato la sua attività lavorativa e le normali attività della vita quotidiana; Salute Mentale (5 domande) che indaga gli stati d’ansia, depressione e

di benessere provati dal soggetto. Infine, il questionario comprende anche una domanda sul cambiamento nello stato di salute. I punteggi si calcolano su una scala che va da 0 a 100, dove 0 indica il peggior stato di salute e, 100, indica che il soggetto gode di un'ottima condizione di salute. Nell'analisi dei dati è possibile trattare le otto scale autonomamente o utilizzare due punteggi sommatori, riferiti ad una componente fisica e ad una componente mentale (*PCS physical component; MCS mental component*) nelle quali si accorpano i domini relativi alle due direzioni: fisica e mentale. In questo studio è stato scelto di utilizzare le otto scale in modo autonomo, per maggiori possibilità di confronto con le altre variabili indagate.

Al gruppo di utenti è stato somministrato un ulteriore questionario:

**HCCQ** (Health Care Climate Questionnaire, Williams et al., 1996).

Il questionario HCCQ indaga il clima che si instaura nella relazione di cura tra l'utente ed il personale sanitario (medici, infermieri, psicologi, educatori, oss). L'HCCQ, nella versione completa, è composto da 15 item, ma esiste anche una versione breve, costituito da 6 item. I risultati, in entrambi i casi, si ottengono calcolando la media dei punteggi degli item. Il soggetto è invitato ad esprimere la sua preferenza su una scala Likert di punteggio a 7 risposte che vanno da "Completamente in disaccordo" (punteggio 1) a "Completamente d'accordo" (punteggio 7). Valori più alti corrispondono ad un clima relazionale migliore, ovvero ad una maggiore percezione di supporto da parte degli utenti nei confronti dell'équipe di cura. Per la traduzione del questionario è stato eseguito un processo di back-translation; inoltre il questionario è stato pre-somministrato ad un gruppo di pazienti di una casa di cura psichiatrica padovana (n= 48; uomini=22, donne=26; età media=41.9 ds=11.9;) per verificarne la consistenza interna ( $\alpha=.94$ ). Il valore dell'*Alpha* di Cronbach per il gruppo di utenti dello studio è risultato accettabile ( $\alpha=.78$ ).

### 5.2.2 Focus Group

I focus group della ricerca sono stati realizzati con quattro gruppi di partecipanti:

- l'équipe del CSM di Mestre Nord, formata da: un'infermiera e un esperto esterno, volontario, istruttore del CAI, referenti del Gruppo Montagna; da un'operatrice socio sanitaria, referente dei gruppi "in-forma" e "voga veneta"; dalla psichiatra del "gruppo montagna", supervisore dei tre progetti;
- l'équipe del CSM di Cittadella, composta da: uno psichiatra, un infermiere e un'operatrice socio sanitaria del "gruppo montagna"; due educatori, un infermiere e un'operatrice socio sanitaria per il gruppo di AF generale; un infermiere e un'operatrice socio sanitaria che seguono l'attività in reparto;

- l'équipe della CTRP "La Lanterna" di Abano Terme, formata da: un'educatrice, due infermieri e l'esperta di AF esterna, specialista dell'esercizio (laureata in Scienze Motorie);
- il gruppo misto del torneo "Palla in Rete 2013" composto da: uno psichiatra, due educatori e due infermieri, ciascuno referente per la propria associazione di appartenenza.

### **5.3 Procedure**

La prima fase dello studio è stata realizzata nel corso del 2011, durante il quale è stato condotto uno studio esplorativo, mirato alla scelta e alla taratura degli strumenti di natura quantitativa. Sono stati quindi coinvolti, nella raccolta dati, un gruppo di popolazione generale di 130 persone (uomini=10; donne=120, età media=47.9, DS=11.4), regolarmente impegnati in programmi di AF di gruppo, presso palestre comunali della provincia di Padova, e un gruppo di 48 pazienti di una casa di cura psichiatrica padovana (n= 48; uomini=22, donne=26; età media=41.9 DS =11.9). Ai due gruppi sono stati somministrati i questionari utilizzati, successivamente, con tutti i partecipanti allo studio, utenti e operatori sanitari; inoltre, al gruppo dei pazienti, è stato somministrato anche il questionario HCCQ, destinato al solo gruppo utenti. Questa operazione iniziale ha permesso un'ampia riflessione sulla scelta dei questionari da utilizzare per lo studio. Successivamente, però, la ricerca si è focalizzata esclusivamente su un confronto tra utenti dei servizi psichiatrici territoriali e sugli operatori sanitari degli stessi servizi. Quindi, sulla base degli obiettivi della ricerca, è stato scelto di non coinvolgere i partecipanti allo studio esplorativo nel confronto tra gruppi, ma di utilizzare i dati raccolti, nella fase iniziale, esclusivamente per le analisi inferenziali sui questionari. La letteratura, infatti, ha già ampiamente dimostrato che esiste un evidente divario tra popolazione generale e pazienti psichiatrici ricoverati, in merito alle variabili oggetto dell'indagine. Risultano mancanti, invece, dati su gruppi così specifici come quelli scelti per questo studio. La seconda fase della ricerca, quindi, ha avuto inizio nei primi mesi del 2012, quando sono state contattate telefonicamente le strutture, per spiegare gli obiettivi dello studio e valutare l'interesse, dei soggetti contattati, alla partecipazione. Con i centri che hanno aderito alla proposta, è stato quindi concordato un appuntamento per illustrare, agli utenti, il pacchetto dei questionari e un appuntamento dedicato alla raccolta dati; inoltre, è stata fissata una data per il focus group con gli operatori sanitari. La prerogativa di base, per l'inclusione nello studio, era la presenza dell'AF tra i gruppi riabilitativi che coinvolgessero utenti con psicosi, dove fosse prevista, anche, la partecipazione di esperti esterni, in affiancamento all'équipe di cura. In Italia, infatti, esistono enti di promozione sportiva (ASD) che si occupano della gestione di questi servizi, inviando specialisti dell'esercizio alle strutture che vogliono includere l'AF tra le loro proposte riabilitative. Nel territorio padovano, l'ente che

ha fornito i contatti, con gli esperti di AF, è stato UISP (Unione Italiana Sport per Tutti), che ha un accordo pluriennale con l'ULSS 16 di Padova, per quanto riguarda il settore della salute mentale. Anche per l'ULSS 15 di Cittadella, il servizio di AF viene gestito in collaborazione con l'UISP Padova; in questo caso, però, si è proceduto prendendo direttamente contatto con il CSM della città e, in seconda battuta, con l'insegnante di AF, che da anni segue gli utenti. Anche il CSM dell'ULSS 12 di Mestre Nord è stato contattato direttamente, tramite uno degli psichiatri del centro, che propone un gruppo di escursionismo in montagna ai suoi pazienti. È stata poi contattata l'ASD BellariaSolidarietà in Toscana, già conosciuta precedentemente, che ha fatto da tramite con altre ASD del territorio italiano: l'ASD BonolaBoys di Milano, l'ASD Global Sport Lario di Como, il gruppo sportivo Gorizia2000, che raccoglie utenti di diverse realtà friulane, e l'Associazione Funicolà di Napoli. I rappresentanti di queste Associazioni sono stati incontrati in occasione dell'annuale torneo "Palla in Rete", organizzato dall'ASD BellariaSolidarietà a Pontedera, nel maggio 2013. L'adesione allo studio era stata precedentemente confermata per via telefonica, dai responsabili di ciascuna Associazione, che hanno collaborato attivamente, proponendo lo studio ai loro utenti e realizzando il primo incontro illustrativo autonomamente, con l'ausilio del materiale informativo sullo studio (in allegato). Per quanto riguarda gli utenti dei servizi psichiatrici territoriali (compresi gli utenti soci delle Associazioni partecipanti), i criteri di inclusione dello studio, come già accennato, riguardavano l'età (compresa tra i 18 e i 60 anni), la diagnosi di disturbo psicotico e la partecipazione regolare alle attività sportive, proposte dal proprio centro di cura. Per quanto riguarda gli operatori sanitari, invece, sono stati utilizzati, come parametri d'inclusione, l'età (compresa tra i 18 e i 60 anni) e la partecipazione regolare alle attività sportive, organizzate per gli utenti. È stato inoltre verificato che i partecipanti fossero in possesso di adeguata certificazione medica per la pratica di AF agonistica o non agonistica. Tutte le persone coinvolte hanno ricevuto la modulistica relativa all'informativa sulla ricerca e sulla privacy (in conformità con la normativa del D.Lgs.196 del 2003, relativo al trattamento dei dati sensibili) e un modulo di consenso informato, per la scelta di partecipare o meno allo studio. Per quanto riguarda il gruppo degli utenti, è stato chiesto ai medici curanti di indicare coloro che presentavano i requisiti richiesti, sulla base dei criteri di inclusione dello studio. Al primo incontro illustrativo, quindi, sono stati invitati solo gli utenti indicati dai curanti. Non sono state indagate altre variabili che possono influenzare pesantemente la pratica di AF, come le comorbidità o l'abitudine al fumo, per non appesantire il pacchetto questionari e restare nei tempi di compilazione previsti, ovvero 20/25 minuti, con assistenza.

Per quanto riguarda l'indagine qualitativa, invece, ogni *focus group* è stato condotto secondo una scaletta, finalizzata a guidare la discussione, per far emergere le opinioni degli operatori sanitari in merito a benefici, barriere e facilitatori dell'AF, per le persone con disturbi psicotici (si riporta a fine paragrafo la scaletta utilizzata per la conduzione dei focus). Ciascun focus ha avuto una durata compresa tra i trenta e i quarantacinque minuti; ad ogni partecipante è stata consegnata un'informativa che illustrava finalità e metodi della ricerca e un modulo di consenso informato, che è stato autografato dal partecipante e quindi raccolto dal ricercatore che ha condotto i focus. I focus group sono stati audio-registrati e successivamente trascritti, per consentire l'analisi dei contenuti.

Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico per la Ricerca Scientifica (CESC) dell'Azienda Ospedaliera di Padova .

### **Scaletta per la conduzione dei focus:**

---

#### *Flow-Chart per la gestione del Focus-Group con gli operatori sanitari*

---

**Tema e relativa domanda:**

**Tempi**

---

#### 1) ESPERIENZE PROPOSTE PRESSO LA VOSTRA STRUTTURA

Potrete raccontarmi quali sono le attività fisiche che proponete agli utenti psicotici e come sono gestite (in termini di tempi, luoghi/spazi, frequenza degli incontri, da quanto tempo sono attive)?

#### 2) BENEFICI, BARRIERE E FACILITATORI

Quali sono, nella vostra esperienza, i principali benefici, le barriere e i facilitatori che possono essere associati alle attività proposte?

Nota:

Si facciano presente le definizioni di beneficio, barriera e facilitatore:

- beneficio = conseguenze benefiche dell'AF
- barriera = ostacolo alla realizzazione dell'AF
- facilitatore = ciò che semplifica e rende più fattibile l'AF proposta

#### 3) STRATEGIE ATTUABILI

Quali azioni potrebbero aiutare gli utenti a diventare più fisicamente attivi e a rimanere più attivi nel lungo termine?

---

*Note*

---

## **5.4 Analisi Statistica**

Per tutte le variabili indagate sono state calcolate le statistiche descrittive. L'elaborazione dei dati raccolti ha poi previsto, innanzi tutto, l'analisi di affidabilità delle scale dei questionari, mediante il calcolo dell'*alpha* di Cronbach. È stata verificata la significatività delle diverse distribuzioni tra gruppo utenti e gruppo operatori, per genere, impiego e livelli di AF riportati

nell'IPAQ, con il calcolo del *Chi-quadro*. Successivamente, sono state indagate le differenze tra il gruppo degli *utenti* e il gruppo *operatori sanitari*, con *t-test* per campioni indipendenti. Per entrambi i gruppi, inoltre, è stata eseguita un'analisi della varianza (Anova Univariata) sulla base delle categorie del questionario IPAQ, ovvero sulla base del livello di AF riportato dai partecipanti. Infine sono state indagate le correlazioni tra tutte le variabili oggetto di studio. Per le analisi statistiche è stato utilizzato il programma di statistica SPSS-19 di Microsoft.

## 5.5 Analisi Qualitativa

Sulle testimonianze degli operatori sanitari che hanno partecipato ai quattro *focus group* dello studio, è stata realizzata un'analisi dei contenuti, per la quale, a seguito di una iniziale analisi carta-matita, ci si è avvalsi del software ATLAS.ti 7. L'analisi è stata impostata secondo due direzioni: inizialmente, nel testo, sono state ricercate tre categorie note in letteratura, secondo un approccio top-down, ovvero, focalizzando l'attenzione su quali *benefici*, *barriere* e *facilitatori* gli operatori sanitari riportassero, nel raccontare la loro esperienza nell'ambito dell'AF con gli utenti dei servizi. Procedendo gradualmente nella individuazione di questi tre aspetti, sono stati evidenziati, parallelamente, altri elementi ritenuti significativi ai fini della completezza dell'analisi. È stata quindi considerata anche la direzione bottom-up, che ha messo in luce altri aspetti salienti, testimoniati dagli operatori sanitari, garantendo all'analisi una maggiore completezza (Pope & Mays, 1995). Sono state, quindi, individuate 13 *categorie* di analisi, intese come “contenitori di significato”, che individuano i temi e gli aspetti più significativi, emersi dalle testimonianze degli operatori sanitari intervistati. Riportiamo di seguito l'elenco delle categorie:

---

### Elenco delle Categorie

---

- |                          |                  |
|--------------------------|------------------|
| ✓ Ambiente               | ✓ Malattia       |
| ✓ Aspetti gestionali     | ✓ Motivazione    |
| ✓ Attività               | ✓ Partecipazione |
| ✓ Comunicazione          | ✓ Ruoli          |
| ✓ Crescita personale     | ✓ Supporto       |
| ✓ Dimensione relazionale |                  |
| ✓ Enjoyment              |                  |
| ✓ Gruppo                 |                  |
- 

Ciascuna di queste categorie individua elementi fondamentali che incidono sulla realizzazione, sulla buona o cattiva riuscita e sui risvolti delle proposte di AF per gli utenti. Per esempio, la categoria *Ambiente* spiega il ruolo che riveste l'ambiente nel quale viene svolta l'attività, la categoria *Aspetti gestionali*, invece, raccoglie gli elementi relativi

all'organizzazione e gestione delle proposte di AF, o ancora, la categoria *Malattia* delinea gli effetti della patologia che influenzano maggiormente il rapporto degli utenti con l'AF (per una spiegazione più ampia dei significati delle categorie si rimanda al capitolo 6. Risultati). L'individuazione dei tre elementi derivanti dalla letteratura, ovvero *benefici*, *barriere* e *facilitatori*, perciò, è stata ideale per leggere inizialmente il testo, con la consapevolezza di ciò che si voleva evidenziare. Si è scelto, però, a posteriori, di considerare questi aspetti come tre “*sottocategorie*”, in quanto esplicitano i significati delle diverse categorie, definite “a partire dal testo”. La codifica è stata quindi realizzata, sulla base delle definizioni che la letteratura attribuisce alle tre sottocategorie: “conseguenze benefiche dell'AF” per *beneficio*; “ostacolo alla realizzazione dell'AF” per *barriera*; “ciò che semplifica e rende più fattibile l'AF proposta” per *facilitatore* (Rastad et al, 2014). Infine, sono state definite le 13 categorie, alle quali sono stati attribuiti i codici pre-etichettati come beneficio, barriera o facilitatore. Così ad esempio nella categoria *ambiente* sono presenti elementi codificati come benefici (cod: conoscenza del territorio), altri che rappresentano una barriera (cod: mancanza di uno spazio adeguato dove svolgere l'AF) e come facilitatori (cod: presenza di uno spazio adeguato dove svolgere l'AF). Ciò ha permesso di elaborare un quadro interpretativo di una realtà varia e molto ricca, facendo emergere differenze e somiglianze dei diversi contesti sociali e di cura, presi in esame.

## 6. RISULTATI ANALISI STATISTICHE

### 6.1 Statistiche descrittive

Nel complesso hanno partecipato allo studio 111 persone: 75 utenti di servizi psichiatrici del territorio italiano e 36 operatori sanitari, impiegati negli stessi servizi. Il gruppo degli utenti è costituito principalmente da uomini (uomini=81.3%; donne=18.7%), mentre nel gruppo degli operatori sanitari la distribuzione per genere risulta più equilibrata (uomini=47.2%; donne=52.8%) come riportato in Tab.6. L'analisi del *Chi-quadro* ha evidenziato che la differenza è statisticamente significativa ( $\chi^2=13.548, p<.05$ ).

**Tabella 6. Distribuzione dei partecipanti per genere e gruppo di appartenenza**

		Genere			
		Uomo	%	Donna	%
Categoria	Utente	61	81.3	14	18.7
	Operatore	17	47.2	19	52.8

Anche per quanto riguarda la condizione lavorativa, i partecipanti riportano differenze statisticamente significative ( $\chi^2=39.935, p<.05$ ). Come si può vedere in Tab.7, nel gruppo degli utenti più della metà dei rispondenti risulta “non occupato” (n=65.3%), mentre nel gruppo operatori sanitari non risultano “non occupati”.

**Tabella 7. Distribuzione dei partecipanti per impiego e gruppo di appartenenza**

		Impiego					
		studente	%	lavoratore	%	non occupato	%
Categoria	Utente	4	5.4	23	31.1	47	63.5
	Operatore	5	13.9	31	86.1	0	0

La tabella che segue mostra, invece, la distribuzione dei partecipanti sulla base delle categorie dell'IPAQ, ovvero in base al livello di AF relativo agli ultimi sette giorni dalla data di compilazione, per quanto riportato dai partecipanti. La categoria *Low* indica un livello basso di AF, al di sotto di quanto consigliato per la salute; la categoria *Moderate* indica, invece, un livello moderato di attività, ed infine, la categoria *High* indica una quantità di AF elevata.

**Tabella 8. Distribuzione dei partecipanti per gruppo di appartenenza e categorie IPAQ**

		Categorie IPAQ					
		Low	%	Moderate	%	High	%
<b>Categoria</b>	Utente	28	37.3	31	41.3	16	21.4
	Operatore	7	19.4	7	19.4	22	61.2

I dati riportati in Tab.8 mostrano che circa il 37% degli utenti raggiunge bassi livelli di AF, il 41% del gruppo si colloca nella categoria *Moderate*, mentre solo il 21% degli utenti dichiara di raggiungere livelli di AF elevati. Diversa appare la situazione per quanto riguarda gli operatori sanitari, tra i quali, complessivamente, circa il 19% dei rispondenti si colloca nella categoria *Low*, un altro 19% rientra nella categoria di AF moderata e circa il 60%, invece, riporta livelli elevati di AF. Anche in questo caso, la diversa distribuzione tra utenti ed operatori risulta statisticamente significativa ( $\chi^2 = 17.115, p < .05$ ).

## 6.2 *t*-test per campioni indipendenti

La differenza di genere, all'interno di ciascun gruppo, è stata indagata tramite *t*-test per campioni indipendenti (uomo-donna), ma per nessuna delle variabili analizzate, sono emerse differenze statisticamente significative. Si è quindi deciso di procedere l'analisi, studiando le differenze tra il gruppo degli utenti e quello degli operatori sanitari, considerati nella loro interezza. Presentiamo, di seguito, i risultati dei *t*-test, con i quali sono state indagate le variabili oggetto dello studio.

**Tabella 9. *t*-test per campioni indipendenti: differenze tra utenti e operatori sanitari**

	Utenti		Operatori		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DS	M	DS		
<b>Età</b>	38.61	9.61	38.44	11.96	.080	n.s.
<b>BMI</b>	27.99	4.03	24.77	3.86	3.98	<.001
<b>PSDQ_AbilSportiva</b>	4.34	1.32	4.06	1.30	110	n.s.
<b>PACES_pros</b>	37.60	6.10	39.13	4.36	-1.35	n.s.
<b>PACES_cons</b>	12.15	5.08	8.11	1.78	456	<.001
<b>SIMS_MotIntrinseca</b>	5.75	1.24	6.03	.99	-1.16	n.s.
<b>SIMS_RegIdentif</b>	6.03	.98	6.20	.90	-1.74	n.s.
<b>SIMS_RegEsterna</b>	3.39	1.44	1.58	.68	7.13	<.001
<b>SIMS_Amotivazione</b>	2.82	1.42	1.35	.91	5.63	<.001
<b>Attività fisica</b>	76.18	25.15	94.39	9.32	-4.18	<.001
<b>Ruolo salute fisica</b>	61.91	27.86	88.37	13.37	-5.39	<.001

<b>Dolore fisico</b>	65.91	26.65	77.85	20.48	-2.36	<.05
<b>Salute generale</b>	66.52	19.33	78.94	12.25	-3.52	<.01
<b>Vitalità</b>	62.57	20.66	67.87	13.645	-1.39	n.s.
<b>Attività sociali</b>	62.84	25.66	83.68	16.58	-4.44	<.001
<b>Ruolo stato emotivo</b>	60,83	28.62	88.89	14.91	-5.51	<.001
<b>Salute mentale</b>	71.45	21.76	82.86	13.50	-2.55	<.01
<b>HCCQ</b>	5.37	1.30	/	/		

Come si può vedere dai risultati riportati in tabella 9, le differenze statisticamente significative, tra i due gruppi di partecipanti, sono numerose. In particolare, risultano differenze statisticamente molto significative ( $p<.001$ ), nei valori medi di BMI (Body Mass Index), nella scala negativa (Cons) del questionario PACES, nelle due scale negative del questionario SIMS sulla motivazione, ovvero la Regolazione Esterna e la Amotivazione, e su quattro domini di salute del questionario SF-36: Attività Fisica, Ruolo della salute fisica, Attività Sociali e Ruolo dello stato emotivo. Sono emerse differenze significative anche nel dominio del Dolore fisico ( $p<.05$ ), ed infine nei domini Salute Generale e Salute Mentale ( $p<.01$ ).

L'ultimo valore riportato in tabella 9 riguarda il punteggio medio del questionario HCCQ, somministrato esclusivamente al gruppo degli utenti. In questo caso il risultato, molto vicino al 6 (valore massimo), indica una elevata percezione di supporto da parte degli utenti che hanno partecipato allo studio.

### 6.3 Anova Univariata

La differente distribuzione per categorie dell'IPAQ, descritta poco sopra e risultata significativa sulla base del calcolo del *Chi-quadro*, ha suscitato un'ulteriore domanda d'indagine. Si è voluto verificare, cioè, la presenza di differenze statisticamente significative tra le variabili indagate, sulla base dei tre livelli di attività fisica, riportati dai partecipanti. È stata, quindi, eseguita un'analisi della varianza (Anova Univariata) per categorie dell'IPAQ, su entrambi i gruppi di partecipanti. L'analisi ha evidenziato differenze statisticamente significative solo nel gruppo degli operatori sanitari, mentre non sono risultate differenze statisticamente significative nel gruppo utenti. Si riportano in Tab.10 i risultati dell'Anova Univariata del gruppo operatori.

**Tabella 10. Anova univariata per categorie IPAQ, nel gruppo operatori sanitari. Medie e deviazioni standard**

		<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>DS</b>
<b>BMI</b>	Low	7	26.52	5.44
	Moderate	7	24.10	2.96
	High	22	24.43	3.54
	Total	36	24.77	3.85
<b>PSDQ_AbilSportiva</b>	Low	7	2.78	1.38
	Moderate	7	4.53	1.02
	High	22	4.31	1.11
	Total	36	4.06	1.29
<b>PACES_pros</b>	Low	7	38.28	5.79
	Moderate	7	41.00	3.10
	High	22	38.81	4.22
	Total	36	39.13	4.35
<b>PACES_cons</b>	Low	7	8.28	2.21
	Moderate	7	7.57	.97
	High	21	8.23	1.86
	Total	35	8.11	1.77
<b>SIMS_MotIntrinseca</b>	Low	7	5.60	.91
	Moderate	7	6.03	1.53
	High	22	6.15	.80
	Total	36	6.02	.99
<b>SIMS_RegIdentif</b>	Low	6	5.87	.97
	Moderate	7	6.42	1.00
	High	21	6.21	.87
	Total	34	6.19	.90
<b>SIMS_RegEsterna</b>	Low	7	1.67	1.05
	Moderate	7	1.21	.22
	High	22	1.65	.61
	Total	36	1.57	.67
<b>SIMS_Amotivazione</b>	Low	7	1.67	1.46
	Moderate	7	1.10	.19
	High	22	1.34	.81
	Total	36	1.36	.90
<b>Attività fisica</b>	Low	7	86.98	16.26
	Moderate	7	97.14	2.67
	High	22	95.88	6.66
	Total	36	94.39	9.33
<b>Ruolo salute fisica</b>	Low	7	84.82	16.07
	Moderate	7	91.96	10.65
	High	22	88.35	13.54
	Total	36	88.36	13.37

<b>Dolore fisico</b>	Low	7	70.57	20.57
	Moderate	7	90.28	12.56
	High	22	76.22	21.49
	Total	36	77.86	20.49
<b>Salute generale</b>	Low	7	69.00	19.16
	Moderate	7	80.28	7.45
	High	22	81.67	9.36
	Total	36	78.93	12.24
<b>Vitalità</b>	Low	7	62.79	17.65
	Moderate	7	76.19	13.11
	High	22	66.85	11.80
	Total	36	67.88	13.64
<b>Attività sociali</b>	Low	7	69.64	21.47
	Moderate	7	94.64	9.83
	High	22	84.65	13.87
	Total	36	83.68	16.58
<b>Ruolo stato emotivo</b>	Low	7	76.19	22.78
	Moderate	7	92.85	10.12
	High	22	91.66	11.20
	Total	36	88.88	14.90
<b>Salute mentale</b>	Low	4	60.00	5.77
	Moderate	5	87.00	10.36
	High	19	86.57	10.41
	Total	28	82.85	13.50

Low=bassa; Moderate=moderata; High=alta.

**Tabella 11. Anova univariata per categorie IPAQ, nel gruppo operatori sanitari.**

		<b>F</b>	<b>p</b>
<b>BMI</b>	Between Groups	,905	n.s.
	Within Groups		
	Total		
<b>PSDQ_AbilSportiva</b>	Between Groups	5,421	,009
	Within Groups		
	Total		
<b>PACES_pros</b>	Between Groups	,824	n.s.
	Within Groups		
	Total		
<b>PACES_cons</b>	Between Groups	,395	n.s.
	Within Groups		
	Total		
<b>SIMS_MotIntrinseca</b>	Between Groups	,813	n.s.
	Within Groups		
	Total		
<b>SIMS_RegIdentif</b>	Between Groups	,599	n.s.

	Within Groups		
	Total		
<b>SIMS_RegEsterna</b>	Between Groups	1.259	n.s.
	Within Groups		
	Total		
<b>SIMS_Amotivazione</b>	Between Groups	,706	n.s.
	Within Groups		
	Total		
<b>Attività fisica</b>	Between Groups	3,129	n.s.
	Within Groups		
	Total		
<b>Ruolo salute fisica</b>	Between Groups	,484	n.s.
	Within Groups		
	Total		
<b>Ddolore fisico</b>	Between Groups	1,890	n.s.
	Within Groups		
	Total		
<b>Salute generale</b>	Between Groups	3,270	n.s.
	Within Groups		
	Total		
<b>Vitalità</b>	Between Groups	1,946	n.s.
	Within Groups		
	Total		
<b>Attività sociali</b>	Between Groups	5,005	,013
	Within Groups		
	Total		
<b>Ruolo stato emotivo</b>	Between Groups	3,650	,037
	Within Groups		
	Total		
<b>Salute mentale</b>	Between Groups	12,279	,000
	Within Groups		
	Total		

L'analisi della varianza ha evidenziato differenze statisticamente significative ( $p < .05$ ) nella variabile PSDQ\_Abilità Sportiva e in tre domini del questionario SF-36: Attività Sociali, Ruolo dello stato emotivo e Salute Mentale. L'analisi *post-hoc* di Bonferroni ha permesso di determinare tra quali categorie si verificano queste differenze. Nel PSDQ\_Abilità Sportiva sono emerse differenze significative tra le categorie Low ( $M=2.78$ ,  $ds=1.38$ ) e Moderate ( $M=4.53$ ,  $ds=1.02$ ) e tra le categorie Low e High ( $M=4.31$ ,  $ds=1.11$ ). Per quanto riguarda le Attività Sociali, è risultata una differenza significativa tra le categoria Low ( $M=69.63$ ,  $ds=21.48$ ) e Moderate ( $M=94.63$ ,  $ds=9.82$ ). Per il Ruolo dello stato emotivo, la differenza è emersa tra le categorie Low ( $M=76.19$ ,  $ds=22.78$ ) e High ( $M=91.66$ ,  $ds=11.20$ ). Infine, nel

dominio della Salute Mentale, le differenze significative sono emerse sia tra le categorie Low (M=60.00, ds=5.77) e Moderate (M=87.00, ds=10.36) che tra le categorie Low e High (M=82.85, ds=13.50). In tutti i casi i valori medi migliori corrispondono alle categorie IPAQ più alte.

#### 6.4 Analisi delle correlazioni

Un ulteriore approfondimento dell'indagine è stato realizzato con l'analisi delle correlazioni, tra le variabili oggetto di studio, sull'intero gruppo dei partecipanti. La Tab.12 mostra i risultati dell'analisi. Sono contrassegnate da un asterisco le correlazioni significative (\*\*  $p \leq .01$ ; \*  $p \leq .05$ ).

Si riportano di seguito le correlazioni significative al livello  $p \leq .01$ . Il BMI correla positivamente con la SIMS\_Regolazione Esterna ( $r=.294$ ) e con la SIMS\_Amotivazione ( $r=.316$ ); correla, invece, negativamente con due domini del questionario SF-36: Attività Fisica ( $r=-.391$ ) e Ruolo della salute fisica ( $r=-.306$ ). Il PSDQ\_Abilità Sportiva mostra una correlazione positiva con la scala Pros del PACES ( $r=.419$ ), con le scale Motivazione Intrinseca ( $r=.381$ ) e Regolazione Identificata ( $r=.356$ ) della SIMS ed infine con tre domini del questionario SF-36: Salute Generale ( $r=.260$ ), Vitalità ( $r=.331$ ) e Salute Mentale ( $r=.279$ ). Anche per il PACES Pros sono emerse correlazioni positive con le scale positive del questionario SIMS: Motivazione Intrinseca ( $r=.671$ ) e Regolazione Identificata ( $r=.676$ ); inoltre, correla positivamente anche con i domini Ruolo della salute fisica ( $r=.310$ ), Salute Generale ( $r=.440$ ) e Vitalità ( $r=.426$ ) del SF-36. Infine correla negativamente con la corrispettiva scala negativa, PACES Cons ( $r=-.334$ ). Il PACES Cons, invece, correla positivamente con le scale negative della SIMS: Regolazione Esterna ( $r=.369$ ) e SIMS Amotivazione ( $r=.594$ ); correla, poi, negativamente, con: SIMS\_Motivazione Intrinseca ( $r=-.361$ ) e SIMS\_Regolazione Identificata ( $r=-.455$ ), Attività Fisica ( $r=-.574$ ), Ruolo della salute fisica ( $r=-.536$ ), Dolore Fisico ( $r=-.359$ ), Salute Generale ( $r=-.372$ ), Vitalità ( $r=-.266$ ), Attività Sociali ( $r=-.366$ ), Ruolo dello stato emotivo ( $r=-.441$ ) e Salute Mentale ( $r=-.366$ ), del SF-36. Per quanto riguarda le scale del questionario SIMS, la scala Motivazione Intrinseca, oltre alle correlazioni già evidenziate, correla positivamente anche con la SIMS\_Regolazione Identificata ( $r=.719$ ), e con i seguenti domini del SF-36: Attività Fisica ( $r=.295$ ), Salute Generale ( $r=.385$ ) e Vitalità ( $r=.250$ ). Risulta, invece, una correlazione negativa con la SIMS Amotivazione ( $r=-.266$ ). La scala SIMS\_Regolazione Identificata mostra delle correlazioni positive anche con i seguenti domini del questionario SF-36: Attività Fisica ( $r=.408$ ), Ruolo della salute fisica ( $r=.294$ ), Salute Generale ( $r=.465$ ), Vitalità ( $r=.312$ ), Attività Sociali ( $r=.269$ ) e Ruolo dello stato emotivo ( $r=.312$ ). Si evidenzia, inoltre, una correlazione negativa

con la SIMS\_Amotivazione ( $r=-.329$ ). La scala SIMS\_Regolazione Esterna correla positivamente con la SIMS\_Amotivazione ( $r=.685$ ) e negativamente con i domini del SF-36: Attività Fisica ( $r=-.439$ ), Ruolo della salute fisica ( $r=-.435$ ), Attività Sociali ( $r=-.313$ ) e Ruolo dello stato emotivo ( $r=-.491$ ). Infine, sono emerse correlazioni negative tra la scala SIMS\_Amotivazione e tutti i domini del SF-36 ad esclusione della Vitalità: Attività Fisica ( $r=-.577$ ), Ruolo della salute fisica ( $r=-.434$ ), Dolore Fisico ( $r=-.298$ ), Salute Generale ( $r=-.275$ ), Attività Sociali ( $r=-.284$ ), Ruolo dello stato emotivo ( $r=-.443$ ) e Salute Mentale ( $r=-.277$ ). Per quanto riguarda il questionario SF-36, il dominio della Attività Fisica, oltre alle correlazioni già emerse, riporta, anche, correlazioni positive con il Ruolo della salute fisica ( $r=.657$ ), con il Dolore Fisico ( $r=.426$ ), con Salute Generale ( $r=.440$ ), Attività Sociali ( $r=.293$ ), Ruolo dello stato emotivo ( $r=.605$ ) e con il dominio Salute Mentale ( $r=.435$ ). Il dominio Ruolo della salute fisica, invece, correla positivamente con: Dolore Fisico ( $r=.484$ ), Salute Generale ( $r=.576$ ), Vitalità ( $r=.391$ ), Attività Sociali ( $r=.596$ ), Ruolo dello stato emotivo ( $r=.685$ ) e Salute Mentale ( $r=.485$ ). Il dominio del Dolore Fisico, a sua volta, mostra delle correlazioni positive con i domini: Salute Generale ( $r=.513$ ), Vitalità ( $r=.350$ ), Attività Sociali ( $r=.383$ ), Ruolo dello stato emotivo ( $r=.373$ ) e Salute Mentale ( $r=.293$ ). Il dominio Salute Generale è positivamente correlato a ai domini: Vitalità ( $r=.438$ ), Attività Sociali ( $r=.489$ ), Ruolo dello stato emotivo ( $r=.481$ ) e Salute Mentale ( $r=.446$ ). Sono state evidenziate, ancora, correlazioni positive per il dominio Vitalità, con Attività Sociali ( $r=.445$ ), Ruolo dello stato emotivo ( $r=.371$ ) e Salute Mentale ( $r=.492$ ). Il dominio Attività Sociali, poi, correla positivamente anche con Ruolo dello stato emotivo ( $r=.686$ ) e Salute Mentale ( $r=.472$ ) ed infine il dominio Ruolo dello stato emotivo correla positivamente con il dominio Salute Mentale ( $r=.658$ ).

Si riportano di seguito le correlazioni significative al livello  $p \leq .05$ . Il BMI correla positivamente con il PACES Cons ( $r=.205$ ) e negativamente con i domini Attività Sociali ( $r=-.194$ ) e Ruolo dello stato emotivo ( $r=-.241$ ), del questionario SF-36. La scala Abilità Sportiva del PSDQ correla positivamente con i domini Salute Fisica ( $r=.203$ ) e Ruolo della salute fisica ( $r=.221$ ) del SF-36. Il PACES Pros correla positivamente con due domini del SF-36: Attività Fisica ( $r=.226$ ) e Salute Mentale ( $r=.221$ ). Per quanto riguarda, invece, le scale del questionario SIMS, sono state evidenziate correlazioni positive tra: la SIMS Motivazione Intrinseca e i domini del SF-36 Ruolo della salute fisica ( $r=.202$ ), Attività Sociali ( $r=.190$ ) e Ruolo dello stato emotivo ( $r=.225$ ); la correlazione è invece negativa tra la SIMS\_Regolazione Identificata e la SIMS\_Regolazione Esterna ( $r=-.230$ ); la SIMS\_Regolazione Esterna e il dominio Salute Mentale ( $r=-.215$ ) del SF-36. Infine, è stata

evidenziata una correlazione positiva tra due domini del questionario SF-36: Attività Fisica e Vitalità ( $r=.220$ ).

**Tabella 12. Correlazioni tra le variabili oggetto di studio**

		PSDQ Abilità			SIMS_Intrinsic	SIMS_Identified	SIMS_External	SIMS_	Attività	Ruolo salute	Dolore	Salute	Vitalità	Attività sociali	Ruolo stato emotivo	Salute mentale
		Sportiva	PACES_pros	PACES_cons	Motivation	Regulation	Regulation	Amotivation	fisica	fisica	fisico	generale				
BMI	Pearson Correlation	-,007	-,040	,205*	,051	,009	,294**	,316**	-,391**	-,306**	-,178	-,140	,039	-,194*	-,241*	-,138
	Sig. (2-tailed)	,941	,687	,035	,598	,927	,002	,001	,000	,001	,063	,144	,689	,042	,012	,186
	N	110	106	106	109	107	110	109	110	110	110	110	110	110	109	93
PSDQ_AbilSportiva	Pearson Correlation		,419**	-,098	,381**	,356**	,050	,009	,203*	,221*	,028	,260**	,331**	,133	,053	,279**
	Sig. (2-tailed)		,000	,319	,000	,000	,607	,923	,035	,021	,774	,006	,000	,169	,586	,007
	N		105	105	108	106	109	108	109	109	109	109	109	109	108	92
PACES_pros	Pearson Correlation			-,334**	,671**	,676**	-,146	-,144	,226*	,310**	,115	,440**	,426**	,190	,163	,221*
	Sig. (2-tailed)			,001	,000	,000	,138	,145	,020	,001	,241	,000	,000	,052	,097	,038
	N			103	104	102	105	104	106	106	106	106	106	106	105	89
PACES_cons	Pearson Correlation				-,361**	-,455**	,369**	,594**	-,574**	-,536**	-,359**	-,372**	-,266**	-,366**	-,441**	-,366**
	Sig. (2-tailed)				,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,006	,000	,000	,000
	N				104	102	105	104	106	106	106	106	106	106	105	90
SIMS_IntrinsicMot	Pearson Correlation					,719**	-,090	-,266**	,295**	,202*	,011	,385**	,250**	,190*	,225*	,166
	Sig. (2-tailed)					,000	,350	,005	,002	,036	,909	,000	,009	,049	,020	,117
	N					106	109	108	108	108	108	108	108	108	107	91
SIMS_IdentifiedReg	Pearson Correlation						-,230*	-,329**	,408**	,294**	,124	,465**	,312**	,269**	,312**	,200
	Sig. (2-tailed)						,017	,001	,000	,002	,206	,000	,001	,005	,001	,057
	N						107	106	106	106	106	106	106	106	105	91
SIMS_ExternalReg	Pearson Correlation							,685**	-,439**	-,435**	-,179	-,185	-,041	-,313**	-,491**	-,215*
	Sig. (2-tailed)							,000	,000	,000	,062	,055	,671	,001	,000	,039
	N							109	109	109	109	109	109	109	108	92
SIMS_Amotivation	Pearson Correlation								-,577**	-,434**	-,298**	-,275**	-,136	-,284**	-,443**	-,277**
	Sig. (2-tailed)								,000	,000	,002	,004	,160	,003	,000	,008
	N								108	108	108	108	108	108	107	91
Attività fisica	Pearson Correlation									,657**	,426**	,440**	,220*	,393**	,605**	,435**
	Sig. (2-tailed)									,000	,000	,000	,021	,000	,000	,000
	N									110	110	110	110	110	109	93
Ruolo salute fisica	Pearson Correlation										,484**	,576**	,391**	,596**	,685**	,485**
	Sig. (2-tailed)										,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N										110	110	110	110	109	93
Dolore fisico	Pearson Correlation											,513**	,350**	,383**	,373**	,293**
	Sig. (2-tailed)											,000	,000	,000	,000	,004
	N											110	110	110	109	93
Salute in generale	Pearson Correlation												,438**	,489**	,481**	,446**
	Sig. (2-tailed)												,000	,000	,000	,000
	N												110	110	109	93
Vitalità	Pearson Correlation													,445**	,371**	,492**
	Sig. (2-tailed)													,000	,000	,000
	N													110	109	93
Attività sociali	Pearson Correlation														,686**	,472**
	Sig. (2-tailed)														,000	,000
	N														109	93
Ruolo stato emotivo	Pearson Correlation															,658**
	Sig. (2-tailed)															,000
	N															93
Salute mentale	Pearson Correlation															
	Sig. (2-tailed)															
	N															93

## 7. RISULTATI ANALISI QUALITATIVA

### 7.1 Analisi del contenuto dei Focus Group

Di seguito presentiamo le *13 categorie* individuate nell'analisi del testo, i loro significati e le frequenze dei codici individuati (131 in tutto), suddivisi per sottocategorie.

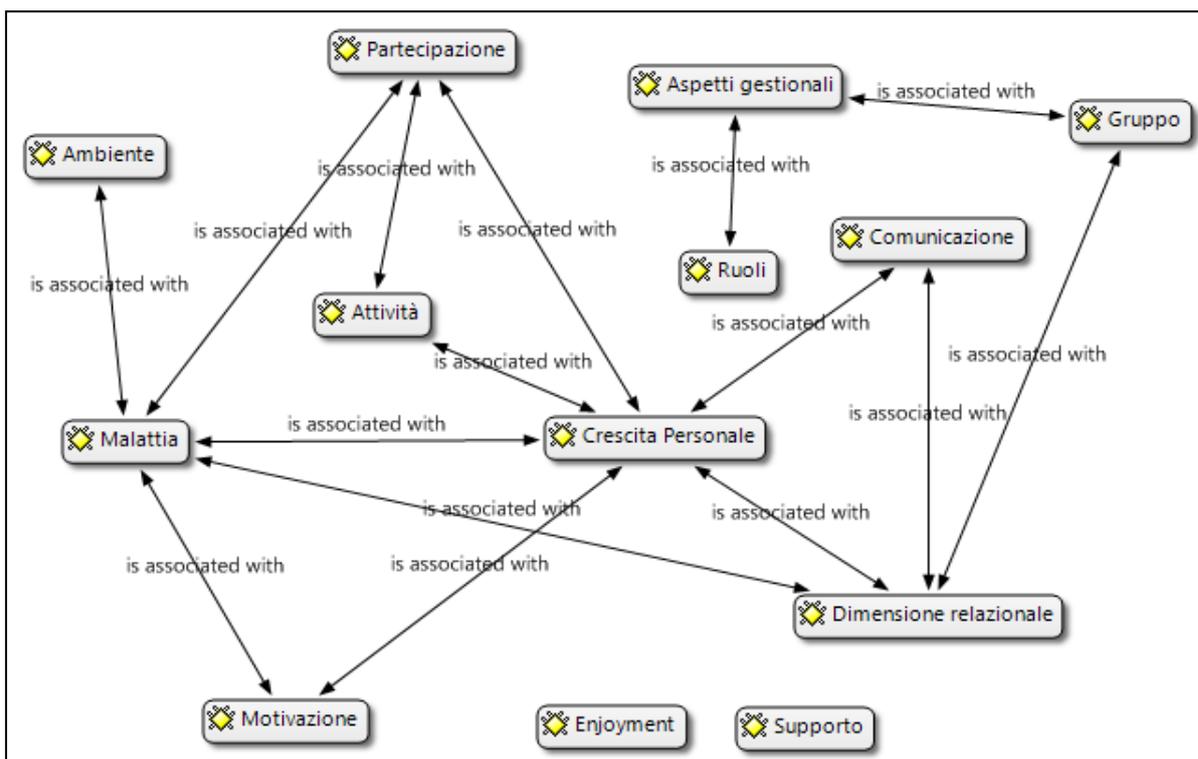
**Tab. 13 Categorie e frequenze dei codici per sottocategorie**

Categorie	Definizioni	Sottocategorie				
		Ben	Bar	Faci	Ex	Tot
Ambiente	Ruolo che riveste l'ambiente nel quale viene svolta l'attività	1	2	3		6
Aspetti gestionali	Elementi relativi all'organizzazione e gestione delle proposte di AF		8	2	2	12
Attività	Caratteristiche dell'AF proposta e aspetti chiave di cui tener conto nella realizzazione delle attività	4	6	16		26
Comunicazione	Aspetti comunicativi legati all'AF e alla realizzazione e diffusione delle proposte di attività	1	2	5		8
Crescita Personale	Ruolo che può svolgere l'AF come elemento di stimolo nel percorso di crescita della persona	14		3		17
Dimensione relazionale	Funzione che può svolgere l'AF nella relazione con gli altri e con sé stessi	9	4	10		23
Enjoyment	Ruolo e significato attribuiti al piacere di fare movimento/AF e importanza che riveste il divertimento nelle proposte di AF	2		2		4
Gruppo	Caratteristiche della dimensione gruppale in cui viene svolta l'AF		3	5		8
Malattia	Effetti della patologia che influenzano maggiormente il rapporto degli utenti con l'AF	2	15			17
Motivazione	Aspetti motivazionali che maggiormente influenzano la partecipazione alle proposte di AF	4	2	1		7
Partecipazione	Aspetti dell'AF che influenzano la partecipazione alle proposte di attività e risvolti della partecipazione	2	2	5		9
Ruoli	Aspetti fondamentali attribuiti al ruolo della famiglia, del medico e degli operatori in generale, nei confronti dell'AF			1	4	5
Supporto	Forme e modi di supportare l'AF e valore attribuito alle azioni di supporto		1	5		6

(Ben=Benefici; Bar=Barriere; Fac=Facilitatori; Ex=Extra; Tot=Totali)

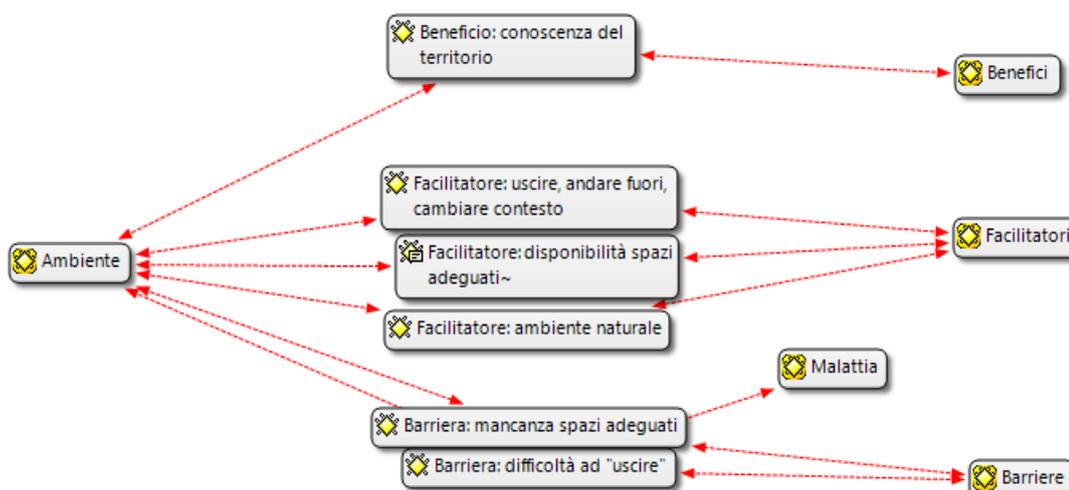
Lo schema che segue illustra le relazioni di associazione tra le 13 categorie sopraelencate. Le quattro categorie evidenziate in rosso sono quelle che racchiudono la maggior quantità di codici, come si può vedere anche in Tab.8. La categoria che condivide più codici con le altre è la *partecipazione*, mentre rimangono a sé stanti le categorie *enjoyment* e *supporto*, che non condividono codici con altre categorie. Alcuni codici, infatti, sono stati attribuiti a più di una categoria, stabilendo, tra queste, un legame associativo. I legami associativi sono evidenziati da una freccia nera.

### Schema delle Associazioni tra le categorie.



Di seguito vengono presentate nel dettaglio le 13 categorie. Per ognuna è stata inserita una mappa che illustra la collocazione dei codici nelle relative sottocategorie e le relazioni con le altre categorie di analisi, già evidenziate nello schema soprastante. Ogni mappa presenta il nome della categoria a sinistra, le tre sottocategorie (beneficio, facilitatore e barriera) a destra e nel centro i codici. Le categorie associate sono collocate a destra dei codici, prima delle sottocategorie.

### 7.1.1 Categoria Ambiente



La categoria *ambiente* contiene codici relativi al ruolo che svolge l'ambiente nell'ostacolare o facilitare lo svolgimento delle attività fisiche proposte. Per esempio, la mancanza di uno spazio adeguato dove fare movimento può, in certi casi, limitare fortemente le proposte di attività e costringere il gruppo ad adattarsi a situazioni di movimento molto "ridotte". Una dei partecipanti, che segue l'attività proposta ai pazienti ricoverati all'interno del reparto psichiatrico, dove lavora, racconta il disagio di avere a disposizione, come spazio, solamente una piccola stanza; la situazione costringe i partecipanti a svolgere l'attività principalmente da seduti:

*"l'attività motoria è sempre fatta dalla dottoressa P...(esperta esterna), e viene fatta...purtroppo gli spazi che abbiamo sono questi, non abbiamo altri spazi dove poterci mettere, quindi i pazienti fanno l'attività psicomotoria da seduti".*

Un altro partecipante manifesta il suo disappunto per l'inadeguatezza dell'ambiente a disposizione del gruppo con il quale partecipa all'AF:

*"e comunque sfido chiunque a mettersi in gioco in quella palestrina, è pietosa, puzzolente, piccolissima, dai..."*

Testimonia, di seguito, anche l'effetto demotivante e ostacolante che lui percepisce, nei confronti dell'attività, a causa di queste condizioni:

*"cioè se mi dicessero vi do la palestra quella più grande che hanno sotto, che è molto più ampia e spaziosa, puoi correre, puoi giocare, cioè puoi dedicare anche spazio di gioco...e io per primo ti dico andare in quella palestra la, così piccola proprio zero in assoluto, sono sempre andato lo stesso, però..."*

Un altro collega, poi, aggiunge:

*"sì, effettivamente ti limita molto sia nei movimenti che nel riscaldamento, che in tutto".*

Emerge, quindi, chiaramente, l'importanza di avere a disposizione uno spazio adeguato, dove sia possibile muoversi liberamente anche utilizzando attrezzi tipici dell'ambito sportivo-motorio, in un luogo che sia sicuro, noto e quindi un po' alla volta, sempre più familiare. Queste testimonianze trovano conferma nelle scelte e opportunità di altri gruppi, di svolgere le loro attività in ambienti più consoni:

*"...Ci troviamo [...] in una palestra di una scuola media statale..."*,

*"...il mercoledì c'è acqua-gym e anche li andiamo in una piscina esterna..."*,

*"...ci alleniamo in un'accademia calcio Inter, a titolo gratuito, quindi loro sono soci "ad honorem" dell'associazione e ci forniscono gli spazi..."*.

Dai racconti si può capire come uno spazio adeguato, come una palestra, una piscina o un campo sportivo, aiuti e faciliti la realizzazione delle attività stesse, in particolare per quanto riguarda giochi di movimento e attività ludiche. Non bisogna, però, dimenticare le difficoltà che possono incontrare certi utenti, soprattutto a causa della malattia:

*"...l'uscire dalla propria casa, dai propri spazi, dalle proprie certezze..."*,

come sottolinea uno degli psichiatri partecipanti. In certi casi, infatti, la "difficoltà ad uscire" diventa una vera e propria barriera all'attività stessa, che deve essere affrontata con gradualità e offrendo agli utenti il necessario supporto, per vincere le proprie resistenze personali, anche per tempi prolungati. Un aspetto che potrebbe sembrare in antitesi con quest'ultimo, ma trova spiegazione sempre nelle caratteristiche della malattia, viene invece testimoniato da alcuni partecipanti, che raccontano come, in certi casi, sia proprio il fatto stesso di "andare fuori", di cambiare ambiente rispetto alla quotidianità, che facilita e supporta il desiderio di partecipare ad un'esperienza diversa dal solito. Un'infermiera racconta l'entusiasmo che si legge sul volto degli utenti la mattina dell'escursione in montagna, quando arrivano al punto di ritrovo, consapevoli di avere davanti:

*"...Una giornata fuori dal normale!! Fuori da quello che è lo standard, alle volte quando arrivano che c'è l'uscita...già alle otto si vede che sono carichi, trasmettono questa..."*,

sembra voler dire "energia o voglia di muoversi, di fare", non così tipica e scontata per queste persone. Uscire e cambiare luoghi, inoltre, diventa una potenziale occasione di confronto, importantissima per chi tende a chiudersi in se stesso, proprio a causa dell'incomprensione da cui si sente attorniato: un educatore, raccontando la sua esperienza nel calcio, dice:

*"...i ragazzi molte volte tendono a chiudersi, quando vedono un problema, si rendono conto di essere in difficoltà, tendono a chiudersi magari in casa; questa opportunità li porta fuori, fa vedere altre persone con gli stessi problemi; di fatto c'è un ragazzo che c'è qua oggi che in passato mi aveva detto: "credevo di essere l'unico, venendo qua mi sono accorto che non sono l'unico, poi facendo queste manifestazioni mi accorgo che anche"*

*nel resto d'Italia ci sono altre persone, poi andando all'estero...anche all'estero"...  
ecco, di conseguenza continuo a fare attività..."*

Un infermiere, ancora, sottolinea quanto sia utile dare la possibilità di uscire e di stare a contatto con la natura:

*"...soprattutto il discorso di giocare un po' di più all'aperto, nel senso di portarli fuori dalla struttura; vedo che ci sono molti che sono contenti di sta cosa qua perché di per se la patologia tende a chiudere in sé stessi, a chiudersi in camera, a chiudersi dai contatti esterni, quindi l'andare fuori, nel trovare una bella giornata di sole, è anche gratificante dal punto di vista psicologico..."*

In altre testimonianze poi, l'ambiente naturale, viene dipinto come benefico di per sé. Gli intervistati, infatti, raccontano di come l'andare in luoghi naturali, in montagna ma anche nella laguna veneta o nei parchi a disposizione, anche nei territori cittadini, aiuti gli utenti ad un contatto più vero ed autentico con ciò che li circonda. Un esperto esterno, parlando della montagna, dice:

*"...questo ambiente, che ti dà questa gioia, questa serenità, ti carica, secondo me ti carica e questo penso che faccia anche bene per i pazienti" e ancora "è un ambiente particolarmente sano... il rumore dell'acqua, il torrente, anche l'aria, il verde, questi profumi...penso che uno che magari è abituato a stare a casa in città o davanti al pc...questo ambiente ti fa star bene..."*;

un'operatrice, racconta, invece, l'esperienza in laguna:

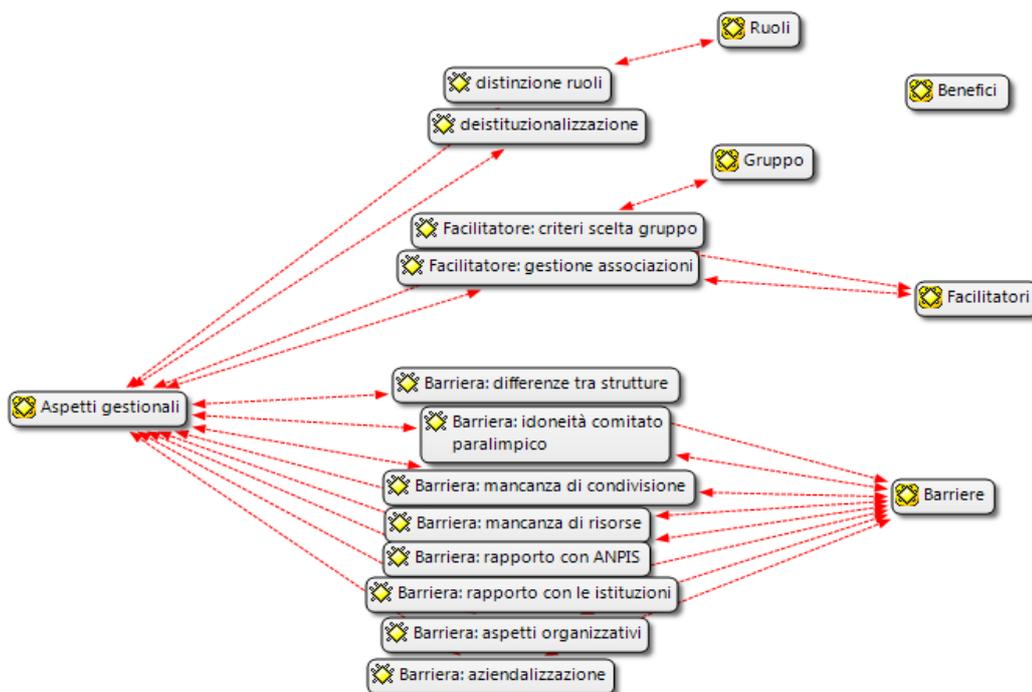
*"...io posso dire una cosa molto simile nell'ambito lagunare, perchè abbiamo una laguna che è stupenda, assapori proprio il silenzio ed essere immersi nella laguna dove si sentono solo magari gli uccellini, quelli stagionali poi, che vengono solo in certi momento dell'anno,...è bellissimo, poi il panorama, perché vedi dei tramonti..., è proprio molto bello..."*

Tutto ciò stimola le capacità percettive e facilita il contatto con una realtà tangibile, aiutando gli utenti a vivere un "qui ed ora" che viene spesso ostacolato da alcune caratteristiche della malattia. Infine, un aspetto benefico dell'attività svolta all'aperto, viene sottolineata da chi propone i gruppi di cammino, utilizzando parchi o percorsi cittadini, dando la possibilità agli utenti di prendere, o ritrovare, confidenza con gli ambienti in cui vivono:

*"...andiamo al parco del Piraghetto, non abbiamo granché, però cerchiamo anche di andare a S. Giuliano, un ambiente che tanti non hanno mai visto, tanti pazienti che abitano qui a Mestre non hanno mai visto S. Giuliano per cui anche portarli un attimo più... dieci minuti più in la, rimangono un po' meravigliati, si guardano intorno per cui c'è anche questo aspetto nel gruppo in-forma..."*

La conoscenza del territorio è un aspetto importantissimo per gli utenti, perché significa anche entrare in contatto con realtà dove potrebbero svolgere un'attività sportiva in modo autonomo. Gli aspetti riguardanti l'autonomia verranno presentati in altre categorie, a seguire.

### 7.1.2 Categoria Aspetti gestionali



La categoria *aspetti gestionali* raccoglie barriere e facilitatori riguardanti l'organizzazione e la gestione delle attività, proposte nei diversi gruppi. In essa ritroviamo le osservazioni con le quali, gli intervistati, hanno messo in luce le difficoltà che incontrano “a monte” delle attività, molto spesso a causa della limitatezza delle risorse o per aspetti “burocratici” che complicano le situazioni, già di per sé non facili. Ci sono, poi, aspetti positivi che fanno capire, invece, come affrontare alcune scelte pratiche con chiarezza d'intenti e di priorità. Tra le barriere, alcune riguardano principalmente l'organizzazione delle attività: una degli intervistati, molto attiva nei gruppi della sua struttura, spiega così perché, talvolta, non si riesca a realizzare l'uscita mensile in programma:

*“...poi abbiamo una uscita, sarebbe mensile, però come diceva la dott.ssa, di media, per problemi organizzativi, personali, economici, che la struttura ha, non sempre viene fatta”.*

Un'infermiera racconta, invece, le difficoltà incontrate nel proporre attività che coinvolgono gli utenti anche per tempi più lunghi del solito, come nel caso della partecipazione ai tornei:

*“...il CPS (centro psico-sociale) cioè l’ambulatorio di psichiatria, almeno in Lombardia, che la psichiatria è sotto l’azienda ospedaliera, ha proprio altri mandati quindi non è previsto che un centro psico-sociale si occupi di attività che coinvolgano i pazienti tutto il giorno; poi quando si tratta di coinvolgerli il giorno e la notte, perché facciamo attività esterne, ci sono novemila problematiche, dall’assicurazione a come muoversi; adesso abbiamo ottenuto il pulmino ma sono sei anni che ci lottiamo, siamo riusciti ad averlo, ...speriamo che non ce lo portino via, stiamo facendo centinaia di km per dimostrare che lo usciamo tanto, e però insomma...le difficoltà ci sono...”.*

Un altro aspetto delicato riguarda la collaborazione tra gli operatori, che a volte viene ostacolata dalle strutture organizzative per come sono impostate:

*“...noi che seguiamo le attività sportive siamo solo educatori, purtroppo non riusciamo a coinvolgere infermieri, purtroppo non ce la facciamo, è una questione di turni, una questione che il CPS non può dare infermieri perché è un’azione diversa, per cui siamo solo educatori”.*

Si può leggere questo aspetto come mancanza di risorse umane, insieme alla mancanza di risorse economiche, testimoniato, di seguito, dalla stessa educatrice di sopra:

*“...l’azienda ospedaliera non ci dà nulla a livello economico, dà le ore degli educatori e i pulmini sono dell’azienda per cui non abbiamo ostacoli nel poterli muovere, perché ci muoviamo come associazione sportiva, però non ci dà niente, per cui quando andiamo a fare le vacanze, quando usciamo, i ragazzi pagano le loro vacanze e manifestazioni e alcune manifestazioni ce le pagano anche a noi operatori, perché l’azienda quello non ce lo passa”.*

In altri casi, bisogna fare i conti con la limitatezza di risorse economiche degli stessi utenti: un esempio particolare è testimoniato da un’infermiera lombarda che si è trovata in grossissime difficoltà quando ha dovuto portare gli utenti del suo gruppo alla visita medico sportiva:

*“...siamo partiti benissimo nel senso che abbiamo creato una rete di amicizie con le squadre di ragazzi cittadini, normali, che non hanno alcun tipo di problema di salute mentale; abbiamo continuato così 3 anni, dopo di che, ad un certo punto, siamo andati a fare la visita medico sportiva agonistica, perché ci voleva quella; casualmente mi sono accorta, uscendo dalla visita medica, che c’era un articolo di legge strano che non mi convinceva [...], per farla in breve hanno relegato tutti quelli che presentano un’invalidità, che noi presentiamo per avere la gratuità, perché i nostri ragazzi non possono pagare le visite, ...all’idoneità per il comitato paralimpico”.*

Questa situazione ha comportato, per il suo gruppo, una spiacevole sorpresa, con grosse conseguenze sul grande lavoro di integrazione sociale promosso per anni:

*“...insomma, di tutto abbiamo fatto, ma non c’è stato verso di togliere, di risolvere questo nodo problematico; quindi noi non possiamo più giocare in campionati di “normodotati””.*

Le realtà che riescono a costituire delle vere e proprie “squadre sportive”, quindi, si ritrovano a fare i conti anche con questi aspetti gestionali, non solo per quanto riguarda l’idoneità degli atleti, ma spesso, in modo più eclatante, anche per quanto riguarda gli stessi tornei a cui partecipare. Un educatore, che segue la squadra di calcio della sua struttura, parla delle difficoltà che si incontrano per la squadra di pallavolo, affidata ad una sua collega:

*“...Poi con la pallavolo non esiste niente, è da poco che stiamo creando una rete, dovevamo cominciare un campionato quest’anno con le 4 provincie, Trieste, Udine, Gorizia e Pordenone ma ci sono delle difficoltà...”.*

Non è semplice, infatti, inserire una squadra di utenti all’interno di un regolare campionato, organizzati in Italia principalmente dagli enti di promozione sportiva di cui abbiamo parlato in precedenza (UISP, Centro Sportivo Italiano-CSI). Il limite principale riguarda il divario enorme tra i diversi sport: se, infatti, per il calcio esistono realtà oramai molto organizzate a livello nazionale (tra cui tornei dedicati esplicitamente a squadre di utenti come “matti per il calcio” o “palla in rete” (UISP)), non è così per altri sport quali, ad esempio, la pallavolo e la pallacanestro; ciò comporta evidentemente una mancanza di “pari-opportunità”, che rappresenta certamente uno degli obiettivi su cui lavorare maggiormente. Restando nell’ambito delle difficoltà e quindi delle barriere che ostacolano o rendono più difficile la realizzazione di questi progetti, vengono testimoniate anche difficoltà a collaborare con gli enti e amministrazioni del territorio. Uno psichiatra racconta:

*“...spesso s’incontrano moltissime difficoltà, moltissime difficoltà soprattutto in quelli che sono nella nostra esperienza i rapporti soprattutto con l’amministrazione comunale, qualche volta anche con le ASL...”.*

Talvolta, invece, l’incomprensione si manifesta proprio negli stessi luoghi dove si dovrebbero promuovere queste iniziative, ovvero nelle strutture psichiatriche: un’educatrice parla della sua esperienza di “abbandono”, testimoniando una mancanza di condivisione che fa cadere nel vuoto tanti sforzi, per portare avanti questi progetti, e blocca la visibilità dei benefici che derivano dall’AF proposta come elemento di riabilitazione:

*“...nessuno c’ha mai messo i bastoni tra le ruote per cui, come educatori, siamo liberi di fare e di disfare, però paradossalmente ci sentiamo soli, cioè noi quando vediamo lui che è uno psichiatra, che organizza queste cose...io personalmente ho una grossissima ammirazione perché davvero da noi nessuno ti mette i bastoni tra le ruote però ci dicono ok fate, arrangiatevi e purtroppo a volte l’educatore passa per quello che li porta a giocare, li porta in montagna, tanto “tu lo chiami lavoro” ...per me è il mio lavoro...”.*

Emerge, da queste parole, anche il rischio che il pregiudizio si insinui prima di tutto negli occhi di chi non vuole coinvolgersi, non partecipa ma giudica. Aspetti, oltre che delicati, anche molto rischiosi e diseducativi. Un'altra grande mancanza emerge, poi, per quanto riguarda il coordinamento delle realtà che promuovono lo sport e l'AF per gli utenti della psichiatria in Italia.

*“...abbiamo trovato un'estrema difficoltà all'interno dell'ANPIS, esperienza comune con altri, perché non abbiamo trovato negli anni risposte che cercavamo, e quindi non abbiamo vissuto l'opera di collegamento e coordinamento come invece ad esempio per il momento noi 5 stiamo facendo...”*:

così spiega una difficoltà condivisa col gruppo, uno dei partecipanti al torneo “palla in rete”, al quale dà seguito un'altra partecipante, che dice:

*“...grosse difficoltà con l'ANPIS, con cui ancora partecipiamo a delle attività ma è una realtà “incistata”, è una realtà chiusa e quando le realtà sono chiuse le informazioni girano solo in modo circolare, non se ne esce ed effettivamente le risposte poi non si trovano...”*.

Questa mancanza di condivisione e di coordinamento, in questo caso attribuita all'ente ANPIS, non ha demoralizzato chi promuove l'AF come strumento di riabilitazione. Sottolinea, però, l'assenza di un lavoro coeso, condiviso, discusso insieme e quindi coordinato a livello nazionale, per facilitare e promuovere, quindi, iniziative e confronto ad ampio raggio e non solo a livello locale o regionale. Un'altra questione molto delicata, che emerge dalle testimonianze dei partecipanti, riguarda l'antitesi “istituzione-deistituzionalizzazione”. Già a partire dal '78, con l'apporto di Basaglia alla psichiatria moderna, il tema della *deistituzionalizzazione* ha sempre fatto discutere gli “addetti ai lavori”. Dai racconti degli operatori sanitari si capisce come sia una questione ancora aperta nella nostra realtà italiana, ovvero, di come sia ancora poco chiaro l'equilibrio tra i compiti delle “istituzioni ospedaliere” e il ruolo delle realtà non istituzionalizzate, presenti sul territorio e costituite liberamente dai cittadini. Si tratta di un annoso problema, che fa sempre molto discutere e che i partecipanti ai focus hanno evidenziato in questo modo:

*“...se tu fai un'operazione di de-istituzionalizzazione corri il rischio di rimanere isolato...”*,

denuncia un infermiere, che ha lasciato il reparto di psichiatria dove lavorava per occuparsi di progetti riabilitativi, per una delle associazioni partecipanti. Continua poi dicendo:

*“...l'obiettivo è proprio quello...di arrivare a questo punto (di “integrazione sociale”), noi dobbiamo fare un'operazione del genere, mirando a partecipare con persone normali, a campionati normali, di cittadini normali...”*.

Un'infermiera, responsabile del progetto del calcio per il suo gruppo di utenti, racconta:

*“...noi eravamo riusciti a uscire dalla psichiatria, a cominciare fuori dalla psichiatria e poi siamo dovuti tornare dentro e questa cosa qui sinceramente è un po’ una sconfitta, un limite...”*

Emerge, da queste parole, un senso di lotta, un battersi per portare gli utenti in mezzo agli “altri”, quei cittadini definiti “normali”, con un termine che quasi un poco stride. Viene spontaneo, infatti, chiedersi cosa s’intenda per “normali”, ma in questo modo si corre il rischio di barricarsi dietro ad un “politicamente corretto” che svuota un po’ di forza il richiamo dell’infermiere citato sopra. Il suo messaggio, infatti, è chiarissimo: sta parlando di integrazione sociale, ovvero della possibilità di far partecipare una persona in difficoltà ad una attività non fatta apposta per lui/lei, ma, al contrario, capace di accogliere anche lui/lei. Si tratta di una inversione di prospettiva. Si evidenzia in questo modo quella linea di confine tra le attività “per gli utenti psichiatrici” e le “attività che possono accogliere” utenti psichiatrici: due aspetti della stessa medaglia in un certo senso, complementari e necessari entrambe, semplicemente utili in fasi diverse della malattia e con obiettivi diversi. Questo argomento verrà approfondito e ripreso nel capitolo delle discussioni.

Queste ultime testimonianze, comunque, lasciano intravedere tutta la fatica che affrontano coloro che si muovono in queste realtà “di frontiera”: seppure esistenti, in alcuni casi, anche da molti anni, ancora faticano a trovare il loro spazio. Da un lato, infatti, come visto sopra, la continua “scarsità di risorse economiche” rende queste attività un “di più” rispetto alle cure, dall’altro, invece, ci si scontra con una burocrazia che, allo scopo di tutelare l’utente, talvolta, paradossalmente, perde di vista la persona stessa e i suoi bisogni più semplici.

Un aspetto che contrasta queste criticità e che facilita la partecipazione riguarda, invece, l’azione degli operatori sanitari per indirizzare gli utenti verso un’attività sportiva o fisica, a seconda delle disponibilità di ciascun centro coinvolto. In questo caso possiamo notare come, nelle diverse realtà che hanno partecipato ai focus, si adottino criteri simili, pur essendo presenti delle differenze. Come testimoniano alcuni partecipanti, la segnalazione di un gruppo di AF all’utente non è un’operazione che viene svolta di default dal medico che li segue: c’è sempre, a monte, una valutazione della situazione che la persona sta attraversando e dei bisogni che manifesta; segue, poi, un lavoro di graduale conoscenza e confronto, che permette un “avvicinamento” e veicola l’instaurarsi di una relazione di fiducia, che sta alla base di ogni percorso riabilitativo. Così, conoscendo meglio la persona, le sue preferenze e soprattutto il suo “stato di malattia”, gli operatori sanitari valutano se e quale attività proporre all’utente.

Dice uno psichiatra:

*“...vengono scelti in realtà un po’ in base all’età, un po’ in base al momento che stanno passando, magari se si vede che un paziente è particolarmente isolato e c’è la possibilità di inserirlo in un gruppo o nell’altro insomma, non c’è una specificità...”*

e poi continua un'operatrice:

*“Scegliamo, come diceva la dott.ssa., in base al momento, a come stanno, al bisogno in quel momento...”.*

In questo caso, per esempio, più che quanto possa piacere o coinvolgere un'attività di per sé, la scelta di cosa proporre viene fatta sulla base delle condizioni in cui si presenta la persona, criteri quindi di realtà. Ancora uno psichiatra, suggerendo il bisogno di approfondire la tematica, dice:

*“...si in effetti V..., che è un collega che partecipava e parteciperà in futuro, suggeriva che forse sarebbe utile che ci fossero delle indicazioni specifiche per diagnosi...e non lo so se sia una buona idea...”.*

Il panorama è quindi vario: è facile intuire che là dove siano presenti realtà associative che offrono una più ampia gamma di attività, è più possibile andare incontro anche alle preferenze dell'utente, sempre restando validi i criteri di cui sopra, ovvero, le reali possibilità della persona in quel momento. In linea generale, comunque, prevale la tendenza a non creare dei gruppi sulla base delle “diagnosi”. Il dibattito, però, andrebbe approfondito in quanto non è così chiaro se questo aspetto sia più legato ad esigenze di spazi e disponibilità di posti o se, invece, alla base, vi sia un reale obiettivo di integrazione, anche tra persone con problematiche diverse, ma accomunate dallo stesso tipo di sofferenza, derivante dalla malattia mentale.

L'ultimo elemento che è stato inserito nella categoria *aspetti gestionali* riguarda la “distinzione dei ruoli”, un argomento che si ritiene al di fuori delle sottocategorie fin ora utilizzate. Si tratta, in un certo senso, di un aspetto con caratteristiche trasversali, che verrà approfondito anche nella categoria *ruoli*. Sono emerse, infatti, sfumature che evidenziano delle problematiche, come ad esempio il fatto di vestire un ruolo al tempo stesso da “curante” e da “compagno di squadra” :

*“...è il duplice ruolo dell'operatore, che all'inizio è stato difficoltoso; vestirsi nel ruolo del curante e poi della persona che ti è vicina in certe circostanze, cioè dell'amico e compagno di squadra, in altre situazioni non è stato sempre semplice”;*

ma non mancano anche aspetti positivi, che dimostrano l'importanza del “fare insieme” e la capacità degli utenti di riconoscere che, con il giusto aiuto, ce la possono fare. Raccontano, infatti, alcuni testimoni privilegiati, di come gli utenti facciano estremo affidamento sulla presenza degli operatori e degli esperti esterni nelle attività; che si tratti di scalare una montagna o di giocare una partita di pallavolo, la presenza di queste figure risulta sempre molto “rassicurante” seppure si tratti, molto spesso, di condividere delle fatiche o delle imprese a cui non necessariamente un operatore sanitario è più preparato:

*“...Loro riconoscono comunque che anche se siamo allo stesso livello in certi momenti, in altri momenti noi siamo gli operatori, e c’è lo Psichiatra e c’è O... (esperto esterno) che è la guida...”;*

*“...Comunque rimane come punto di riferimento per loro, alla fine si condividono alcune cose, alcune difficoltà sono normali ed è anche giusto che loro le vedano anche da parte nostra, però comunque loro ti riconoscono come un operatore...perché sei un punto di riferimento...”.*

Non mancano, comunque, anche in questo ambito, le opinioni diverse. Due psichiatri, entrambi coinvolti in due diversi “gruppi montagna”, riportano in merito, punti di vista contrastanti, che lasciano intravedere atteggiamenti ed esperienze personali molto diversi. Uno espone una sua perplessità dicendo:

*“...Ecco su questo fatto di mettersi al loro pari è un problema secondo me, non è detto che sia sempre positivo...” ,*

e poco dopo si spiega meglio dicendo:

*“...Perché forse il paziente può aver bisogno di pensare che c’è qualcuno comunque di superiore a lui, se invece non ha nessuno di superiore può anche essere un po’...”.*

Sembra voler sottolineare il rischio che l’utente non senta la presenza forte di una guida sicura, anche se, dal tono dell’espressione e dalla scelta dei termini, si può ipotizzare anche una sorta di suo “bisogno di distinguersi”. La collega, dal canto suo, con una qualifica da guida alpina, racconta, invece, di come, nonostante la sua formazione le permetterebbe di guidare il gruppo in escursione, con le stesse competenze dell’esperto esterno, nella realtà dei fatti si trovi paradossalmente esclusa dal camice che porta addosso, come medico curante. Come a dire che non basta una tenuta “sportiva” per far dimenticare all’utente chi ha a fianco:

*“...io sono un essere neutro dal punto di vista personale o si cerca di esserlo il più possibile, ma anche se traspare magari un pochino che anche l’operatore è appassionato di montagna o di voga insomma, però lo stesso rimane l’operatore ...”.*

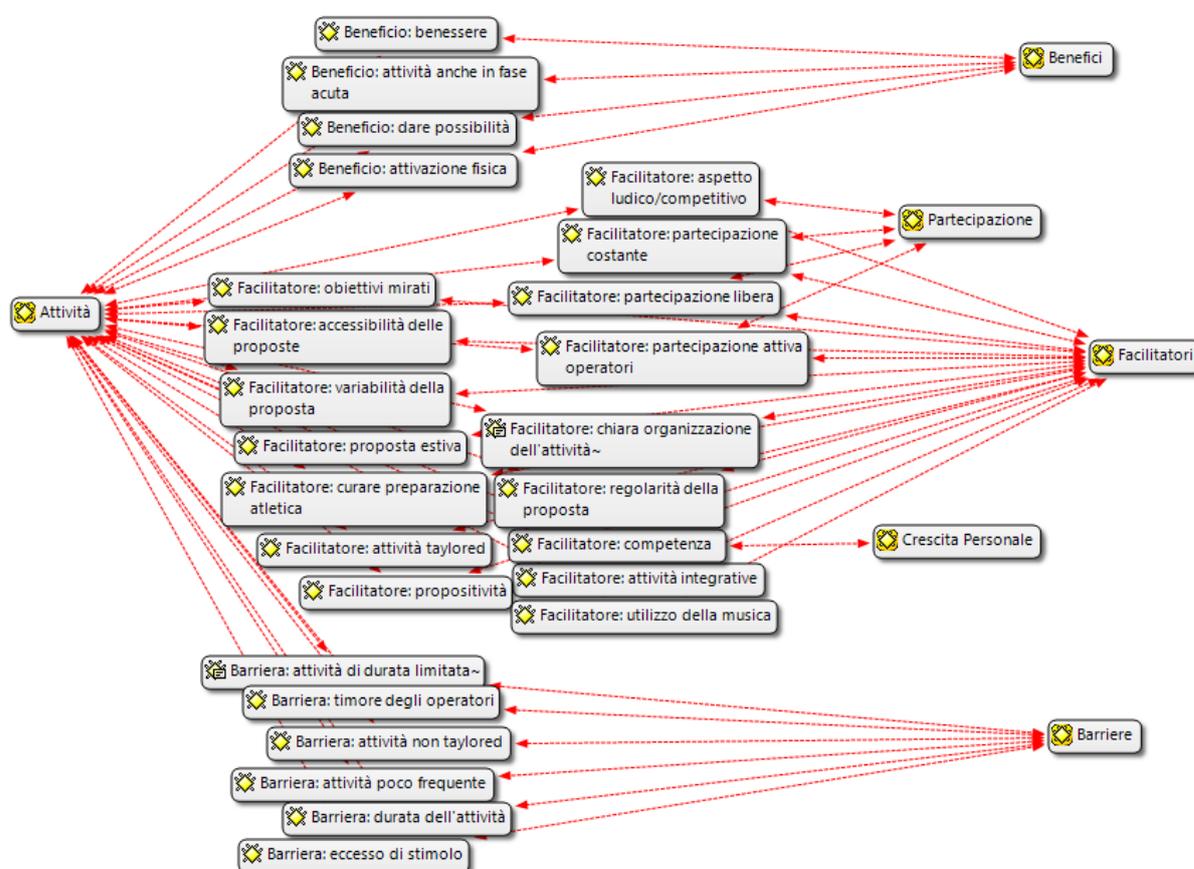
Infine, l’ultima nota, va dedicata al grande lavoro di “ricerca” che viene portato avanti, soprattutto dalle associazioni, per cercare di coinvolgere esperti esterni veramente competenti e capaci di inserirsi in realtà complesse come quelle legate alla psichiatria. Racconta un intervistato:

*“...il mercoledì pomeriggio c’è calcio, allenamento consueto e finalmente dopo anni e anni ce l’abbiamo fatta ad avere un tecnico esterno; è iniziata con un tecnico che era un paziente ma l’attività era un’attività di quelle penose, poi qualcosa è cambiato ed è intervenuto un tecnico interno che però è un tecnico formato, comunque una figura interna che noi abbiamo sempre cercato di limitare nel suo ruolo di esperto cercando di*

*inserire un tecnico esterno. Ora da due mesi ce l'abbiamo per cui stiamo incontrando altre difficoltà, però siamo arrivati al passo che volevamo...”.*

Lo scopo di questa ricerca di un esperto esterno era proprio quello di liberare il collega da un doppio ruolo, a causa del quale, pur preparatissimo, è stato costretto, per lungo tempo, ad una doppia fatica. La presenza di una figura esterna, competente e preparata, verrà approfondita anche nella presentazione di altre categorie.

### 7.1.3 Categoria Attività



La categoria *attività* raccoglie tutti gli aspetti relativi alle **caratteristiche delle attività** sportive e motorie proposte, ovvero: come vengono scelti e gestiti i contenuti, le modalità di realizzazione e le peculiarità che caratterizzano queste proposte. Sono state individuate sei barriere, che possono essere d'ostacolo alla miglior organizzazione delle attività, quattro benefici, derivanti dall'attività stessa, e ben sedici aspetti che facilitano la realizzazione delle proposte motorie e sportive con gli utenti della psichiatria. Il primo elemento di criticità riguarda la *durata delle attività*, in termini di: tempo effettivo di un incontro, frequenza degli incontri e periodo di durata degli incontri, nell'arco di un anno. Mediamente, infatti, le attività sportive svolte in palestra, o in contesti chiusi, prevedono giorni ed orari standardizzati, che

aiutano l'utente anche nell'organizzazione della sua routine personale. Non è così, però, per le attività in cui la durata non è sempre la stessa, come nel caso dei gruppi montagna. Racconta un'infermiera:

*“...Alle volte è un po' difficile convincere le persone a partecipare perché già il fatto di stare via dal mattino alla sera già un po' per loro è tanto, nel senso che due ore, va bene il pomeriggio potrebbe anche essere, ma una giornata intera la vivono un po' come uno scoglio da dover affrontare...”*

Anche se gli incontri sono troppo distanziati tra loro, come nel caso delle escursioni in montagna (generalmente una al mese per questioni organizzative), o di un unico incontro in palestra alla settimana, si verificano conseguenze negative, secondo sfumature diverse:

*“...questo impegno che è ogni mese, ogni mese e mezzo, per cui ci sono queste lunghe scadenze, per cui il gruppo fa un po' fatica ad essere coeso, per carità dopo hanno anche altre occasioni, però uno degli ostacoli penso che sia proprio la lunghezza temporale, la distanza nel tempo...”*

riporta un'infermiera che partecipa al gruppo montagna, facendo notare come, il tempo che intercorre tra un incontro e l'altro, ostacoli l'unione tra i partecipanti; ancora, un infermiere che segue l'attività proposta nella CTRP dove lavora, sottolinea invece la difficoltà fisica da affrontare quando, una frequenza di allenamento bassa, non si dimostra efficace per “digerire” lo sforzo fisico:

*“...Credo che l'ostacolo maggiore sia il fatto di fare una volta sola a settimana e per un tempo ristretto, nel senso che credo che chiunque di noi faccia sport una volta a settimana si senta montato limitato...”*

Infine, un'educatrice, che parla del gruppo di attività guidato da un'esperta in scienze motorie, dice:

*“...dura (l'attività) nell'anno scolastico, con inizio dal primo di ottobre e fine al 31 maggio, con chiusura durante le vacanze natalizie e pasquali quindi nel complesso c'è uno stacco di circa venti giorni.”*

Quella che da un lato potrebbe sembrare una proposta organizzata come la maggior parte della attività fruibili anche nelle palestre e nei centri sportivi, da chiunque, ha come grosso limite, però, un lungo tempo di “assenza di proposta”, che spesso fa perdere tutti i faticosi vantaggi guadagnati. Fortunatamente, la consapevolezza della necessità di mantenersi attivi anche nei mesi estivi è abbastanza diffusa e così, lì dove è possibile, vengono proposte delle attività alternative per l'estate, come racconta un altro partecipante:

*“...per i mesi estivi, quindi giugno, luglio, agosto e settembre viene proposta una uscita in piscina, una volta alla settimana”.*

Questa testimonianza, però, non rappresenta una regola valida per tutti.

Un aspetto altrettanto chiave, per non dire fondamentale, dell'attività, riguarda, poi, la così detta "specificità" delle proposte, che in inglese si definisce, con un termine molto pregnante, "tailored", che in italiano diventa "su misura". Con l'espressione "attività tailored" s'intende una proposta alla portata dei fruitori, che tenga conto delle loro reali possibilità e che risulti stimolante, in modo equilibrato. Le parole di un'educatrice chiariscono benissimo il concetto, che lei etichetta come limite, in quanto, se non se ne tiene adeguatamente conto, può costituire un vero e proprio ostacolo alla partecipazione degli utenti:

*"...un altro limite è tener conto dei loro limiti, perché se tu proponi un'attività che è superiore alle loro possibilità si demotivano subito e quindi..."*

Sembra lasciare intendere che il rischio è proprio quello di ottenere l'effetto contrario. Anche le parole di un'operatrice, che partecipa ad un gruppo montagna, evidenziano la stessa problematica, in una situazione concreta:

*"...lo Psichiatra diceva che a livello di difficoltà l'escursione non è molto impegnativa però magari non lo è per noi operatori, invece per loro alcune piccole cose come può essere anche una discesa un po' ripida... l'ultima, che è stata una discesa un po' ripida e poi c'era questo tappeto di foglie che non si riusciva quindi ad avere il contatto, non si riusciva a capire se c'erano sassi...ho visto che molti pazienti hanno avuto delle grosse difficoltà, un po' appunto dall'incognita di non sapere cosa trovavano sotto..."*

In particolare, se l'impegno fisico risulta eccessivo, è facile che si verifichi qualche abbandono, come racconta un'altra operatrice:

*"...Mi viene da dire che chi è rimasto a casa, è rimasto a casa perché non ce l'ha fatta a livello fisico..."*

D'altro canto, dalle parole di uno degli psichiatri partecipanti, arriva un'importante osservazione su questo tema:

*"...secondo me per qualcuno può essere anche controproducente troppo...perché diventa anche troppo stimolo, troppa fatica, quindi potrebbe anche incrementare qualche idea di fuga, quindi per qualcuno è meglio una volta al mese piuttosto che una volta alla settimana"*

Siamo di fronte, quindi, ancora una volta, a una delle ambivalenze tipiche delle malattie mentali gravi come le psicosi, che possono manifestarsi anche con sintomi molto diverse tra loro. Ecco perché la gestione dei gruppi e delle dinamiche che vi si instaurano, risulta estremamente impegnativa, ma approfondiremo questo argomento parlando della categoria "gruppo". L'esempio esposto qui sopra, però, spiega come, un'altra barriera, sia costituita dal timore che gli stessi operatori devono affrontare, cercando di trovare la "giusta dose" di attività. Racconta un'educatrice parlando del rientro a casa dopo un'escursione in montagna:

*“...Quando li porti a casa a volte ti giri e senti un silenzio e pensi... sembra di averli stroncati”.*

Lecito il dubbio di aver esagerato, anche se, l’esperienza e la collaborazione tra operatori ed esperti esterni, aiuta molto ad imparare come calibrare le proposte, ed è un ottimo risultato, quindi, che, il più delle volte, l’effetto sia comunque positivo:

*“...in realtà la volta dopo partecipano sempre volentieri”.*

Il gusto dell’impresa realizzata, infatti, solitamente sovrasta il ricordo della fatica, anche se, quanto riportato fin ora, evidenzia l’importanza di non esagerare e sottintende la necessità di “organizzare sapientemente” ogni forma di attività, senza sottovalutare nessun aspetto. Anche in questo caso, la presenza di un esperto esterno, che sappia collaborare con il team degli operatori sanitari, si dimostra un elemento chiave, che verrà esposto in modo più ampio nella categoria *ruoli*.

Come anticipato qualche riga più sopra, l’analisi ha messo in luce anche dei benefici, legati alle caratteristiche delle attività proposte. Il più evidente è, forse, il fatto di permettere un’attivazione fisica a persone che vivono la staticità in più aspetti della loro vita. La malattia, infatti, non facilita i cambiamenti e ostacola il movimento, in quanto richiede un dispendio energetico, situazioni mutevoli e una certa dinamicità: tre condizioni opposte alla malattia. Un infermiere spiega così, senza giri di parole, quelli che per lui sono i benefici dell’AF per gli utenti:

*“...Bhè il fatto di fare un’attività fisica, alcune persone non fanno niente, anche quell’ora alla settimana...escono, poi durante l’attività si fanno addominali, si fa la respirazione, tutti i tipi di esercizi che lei sa, cioè...è gente che da sola non farebbe niente, neanche una passeggiata...quindi i benefici sono abbastanza indubbi...”.*

Anche una collega, che lavora all’interno di un reparto di psichiatria, testimonia la sua esperienza, che coinvolge principalmente persone ricoverate per problematiche acute:

*“...si può sempre fare insomma, non è che essendo in un reparto di acuti non si possa fare, viene sempre fatta, e abbiamo visto che se all’inizio c’è un po’ di titubanza poi invece partecipano volentieri insomma, sembra una cosa così campata per aria però alla fine si divertono e hanno piacere a partecipare a questa attività”.*

Il grande valore benefico di queste proposte, secondo altri, invece, sta proprio nel fatto di dare una vera possibilità, nel permettere di provare un’attività, ciascuno a modo suo, coi propri limiti e punti di forza, nella giornata buona come in quella meno buona, semplicemente, così come si è. Spiegano, in modo chiaro, questo concetto, le parole di uno degli psichiatri partecipanti:

*“...(queste attività) permettono di dare a moltissimi anche la possibilità di accedere a determinate situazioni e contesti ai quali da soli non sono riusciti ad accedere e quindi la*

*cosa importante di questi interventi è il poter fornire possibilità o agevolare l'accesso a determinate possibilità”.*

Non mancano, inoltre, anche le conseguenze positive che ne possono derivare, in termini, per esempio, di maggior responsabilizzazione degli utenti; in qualche occasione un'attività iniziata, senza troppe aspettative, risulta anche strumento di sbocchi lavorativi, come nel caso di una delle associazioni, alla quale è stata proposta la gestione del campo di calcio a 5, dove regolarmente si allenano, che la referente racconta in questo modo:

*“...Parte dell'amministrazione, che va a giocare con la squadra del CRAL dell'ospedale in questo campo, ce l'ha proposto, anche guidato da interessi loro, perché il Comune da a loro questo campetto e però fanno poche cose; secondo me glielo vogliono togliere, se ho capito bene, invece noi facciamo molte attività, avrebbero da parte loro il fatto che questo campetto lo danno in cogestione ad un'associazione sportiva che si occupa di salute mentale [...], ognuno ha i propri interessi, ma se riuscissimo a farlo per i nostri ragazzi sarebbe molto utile”.*

Non mancano, chiaramente, le criticità anche in queste situazioni, ma quando, come già accennato, le priorità e i bisogni di ciascun utente sono chiari, risulta più facile anche per l'équipe di cura saper distinguere le vere opportunità dagli abbagli. Un elemento, in particolare, si rivela molto utile per distinguere la bontà e l'utilità di una proposta: si tratta dell'aspetto della competenza. La promozione di competenza, attraverso le attività proposte, permette di introdurre le ultime considerazioni riguardanti le caratteristiche delle attività. Come emerge anche dall'ultima testimonianza riportata, dando l'opportunità ad un utente di svolgere un'attività sportiva regolare, in un contesto che diventa un luogo noto, sicuro, un punto di riferimento, si apre un ventaglio di possibilità, come ad esempio che la persona ritrovi delle risorse personali e impari ad occuparsi di qualcosa, fino a diventare o ritornare in grado di svolgere un'attività lavorativa. Ecco cosa s'intende per promozione delle competenze. Questo elemento è stato inserito nella categoria che raccoglie gli elementi di “*crescita personale*”, chiaramente collegati a quanto ora esposto e verrà quindi approfondito più avanti. Prendendo in considerazione gli altri elementi facilitatori dell'attività, il primo da prendere in considerazione è certamente l'accessibilità delle proposte, che rimanda a quanto sopra esposto in merito “all'attività tailored”. Si ribadisce, anche in questo caso, il vantaggio di calibrare adeguatamente le proposte, come evidenziato dalle parole di un'educatrice in merito ad un'attività di cammino (trekking):

*“...poi il giovedì stiamo sperimentando un gruppo che noi chiamiamo trekking soft, che è per le persone un po' più in sovrappeso, che non riescono a venire alle uscite del martedì in cui facciamo anche vari livelli [...], stiamo sperimentando questo gruppo solo mezza*

*giornata, per vedere se le persone che riescono a muoversi solo un po', poi magari riescono a spostarsi dal gruppo del martedì (gruppo trekking tradizionale)”.*

Viene, poi, ribadita l'importanza che siano sempre presenti anche attività integrative, come quelle pensate per i periodi estivi, o che accorciano le distanze degli appuntamenti mensili. Così racconta un'infermiera che partecipa ad un gruppo montagna:

*“...avevamo anche pensato di fare qualcosa, sempre per tenere un gruppo, ...della serie facciamo una gita ogni mese, ogni mese e mezzo, quando c'è la possibilità, ma nel frattempo una volta alla settimana facciamo una camminata per tenersi in allenamento, scegliendo i parchi che ci sono qui a Mestre, da S. Giuliano all' Abissuola al Piraghetto ecc.”.*

In altri casi, si tratta di una vera e propria opportunità in più da offrire a chi se la sente, a chi manifesta l'esigenza di muoversi di più o per coinvolgere maggiormente il gruppo. Un'esperta esterna, specialista dell'esercizio, che guida un gruppo di utenti di un CSM, racconta come integra la regolare attività settimanale in palestra con proposte varie e anche adattabili ai diversi periodi dell'anno:

*“...poi il martedì avevamo iniziato il gruppo cammino facendolo nei periodi dell'anno favorevoli dal punto di vista climatico, che poi è diventato gruppo bocce perché c'è stata questa opportunità e quindi abbiamo fatto anche questo, è finito un mese fa ed è continuato col gruppo cammino...”.*

Tra gli aspetti facilitatori delle attività si ritrovano, poi, gli elementi che tipicamente denotano la qualità delle proposte: la regolarità delle attività, la scansione ordinata delle fasi dell'incontro ( es: accoglienza, riscaldamento, fase centrale, proposta ludica, defaticamento), obiettivi chiari e mirati, la variabilità dei contenuti pur nel rispetto di una struttura ordinata e ripetitiva (che dà sicurezza) e l'importanza della presenza di momenti ludici e anche l'opportunità di utilizzare la musica come elemento aggiuntivo. Anche in questo caso gli esempi sono numerosi:

*“...Gli incontri settimanali sono fissi un allenamento, una partita di campionato e una manifestazione, che può essere di diverso genere, in genere di sensibilizzazione delle zone in cui lavoriamo, il quartiere in cui lavoriamo di Milano” (infermiera referente di un gruppo calcio);*

*“...Il giovedì facciamo attività in palestra, io mi pongo per ogni lezione un obiettivo, una capacità coordinativa sostanzialmente, cambio ad ogni lezione sia per tenere la proposta varia sia perché non c'è un obiettivo specifico, un contenuto su cui lavorare, manca proprio un po' tutto, quindi vario, comunque coordinazione principalmente”;*

*“...Faccio sempre una fase di attivazione iniziale, poi la proposta centrale, giochi e poi allungamento finale”;*

*“...è, più che altro, un discorso di muoversi e magari anche di cercare di sviluppare un po’ di più certe capacità, che so la lateralità ad esempio, l’equilibrio, cose su cui li vedo più carenti...”*;

*“...l’importante sarebbe, in base ai limiti, fare un’attività anche diversificata, sarebbe l’ideale”*;

*“...io non riesco tanto a lavorare con la musica, [...] però volevo provare, è una cosa che non ho mai fatto fin ora, lavorare con la musica; magari non sempre però ogni tanto vorrei provare, secondo me potrebbero anche rispondere bene...”* (esperta esterna, specialista dell’esercizio).

L’ultimo aspetto che gli operatori sanitari mettono in evidenza, con le loro testimonianze, riguarda la gestione della partecipazione alle attività. Prima di tutto sottolineano come sia fondamentale lasciare molta libertà di frequenza, senza mai far mancare l’aspetto del supporto, che approfondiremo più avanti, ma permettendo all’utente di scegliere liberamente come, quando e quanto partecipare ad un incontro. C’è chi ha bisogno, prima di tutto, di restare semplicemente ad osservare e poi magari può volere partecipare a più attività; gli operatori descrivono così questi aspetti:

*“...(gli utenti) possono partecipare liberamente, (l’attività) non è obbligatoria, per chi vuole partecipare dei pazienti...”*;

*“...Qualche ragazzo ne fa due, sia perché la scherma è su due volte, sia perché qualcuno fa magari la doppia attività, fa il calcio e magari il basket...”*.

È altrettanto importante, però, pur garantendo un elevato grado di “libertà”, promuovere una certa costanza di partecipazione, in modo che non diventi un’attività saltuaria e si possa mantenere coeso il gruppo.

*“...il numero dei partecipanti di quest’anno è di 12 pazienti con una media di partecipazione di 10 per ogni uscita...”*;

La partecipazione regolare, inoltre, permette agli utenti di prendere sempre più confidenza con le attività proposte e quindi facilita il raggiungimento degli obiettivi e rende più evidenti i miglioramenti. Lo spiega così un’esperta esterna, specialista dell’esercizio:

*“...a volte facevo tanta fatica con certe attività, mentre adesso bene o male, per quelle su cui ho lavorato di più, capiscono il meccanismo e riescono ad arrivare anche a qualche astuzia, qualche strategia, non tutti...sicuramente c’è stato un miglioramento da parte dei più assidui, qualcuno più qualcuno meno...”*.

Infine, è importantissimo che l’attività proposta coinvolga, al tempo stesso, utenti e operatori sanitari, come emerge dalle testimonianze di seguito:

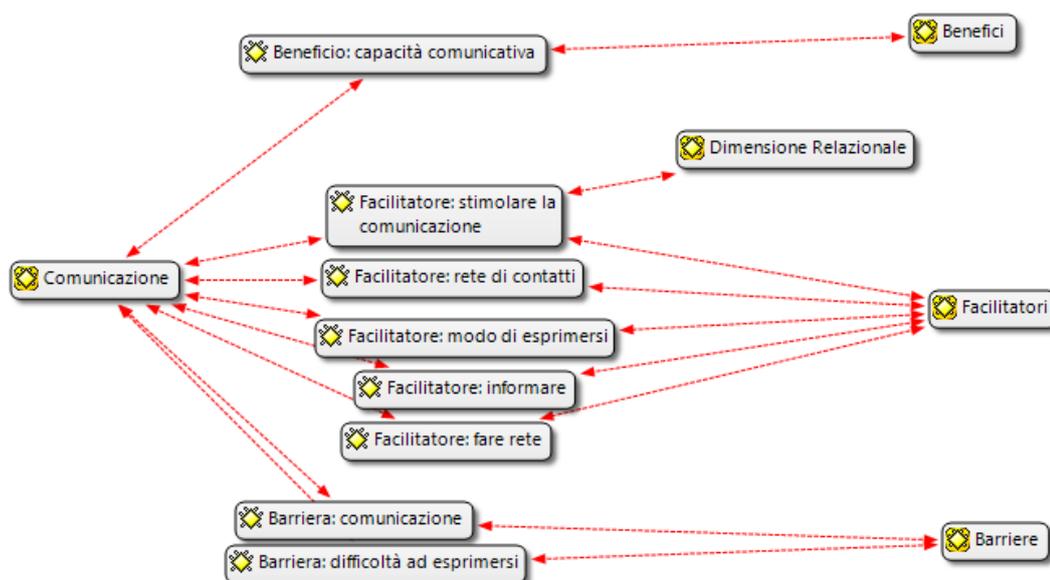
*“...la nostra partecipazione ha lo scopo di essere sia da modello e anche per incitarli e aiutarli negli esercizi”* ;

“...all’attività partecipiamo anche noi operatori si che tutti gli esercizi che fanno i pazienti li facciamo anche noi tutti insieme, non facciamo da osservatori...”;

“...loro (gli operatori) prendono parte nell’80 % dei casi all’attività e sicuramente sono per me dei grandi facilitatori delle attività, [...] anche se c’è la signora che va a sedersi perché è stanca, magari io ci metto una parola ma poi vanno loro a richiamarla o magari c’è l’altra persona che ha la crisi di pianto come può succedere, loro mi agevolano tanto su questo, [...] sicuramente aiutano e motivano i ragazzi, c’è da fare le squadre, sono in due, vanno una da una parte e una dall’altra, in questo loro mi aiutano tanto”.

Anche per quanto riguarda questi aspetti di partecipazione si rimanda alla categoria *partecipazione* che raccoglie maggiori approfondimenti.

#### 7.1.4 Categoria Comunicazione



La categoria *comunicazione* comprende barriere, benefici e facilitatori che spiegano come, la qualità della comunicazione, possa influenzare la realizzazione delle attività. Facile intuire che il primo problema che ostacola il coinvolgimento e la diffusione delle proposte, tra gli utenti, è la mancanza di comunicazione, da parte di coloro che devono informarli dell’esistenza di queste possibilità. Succede, infatti, che non sempre sia scontato, all’interno dell’équipe degli operatori sanitari, mantenere alta l’attenzione verso questa importante funzione. Spiega queste difficoltà una psichiatra, direttamente coinvolta in uno dei gruppi di attività e referente dell’AF nella sua struttura:

*“...a volte forse, è un po’ anche un problema di comunicazione, tra operatori, perché il fatto di coinvolgere dei pazienti implica che ci siano i loro terapeuti che propongono, e nella routine quotidiana, le varie emergenze e tutte le cose che si succedono, non sempre è facile, per i vari operatori, trovare il tempo anche mentale, insomma, per cercare di proporre a qualcuno dei loro pazienti (queste attività), per cui bisogna continuare un po’ ad avere delle energie per lavorare su questo, per starci dietro “;*

Un altro rischio, correlato a queste difficoltà comunicative, che evidenzia la poca comunicazione esistente, talvolta, all’interno delle stesse strutture di cura, viene raccontato da un educatore, referente di un gruppo calcio, molto consolidato e attivo. La forte critica, che solleva questo operatore a un collega dello stesso Servizio, mette in luce anche una certa mancanza di condivisione, di collaborazione e d’interesse, che ovviamente si collegano alla primaria mancanza di comunicazione. Dice l’educatore:

*“...molto volte neanche si sa dell’attività. Mi è capitato di essere invitato a parlare ad un convegno, organizzato da un medico, e lui pensava che l’attività del calcio non esistesse. Io ero col microfono a dire: “sì, esiste dal 2001, siamo stati qua qua e qua....”,...e lui non sapeva niente! Cioè, non è colpa mia se tu non sai niente, è colpa del Servizio che magari non s’informa di una realtà che c’è ed esiste e vive da anni”.*

Facile intuire come, in questi casi, si possano instaurare dinamiche di “attribuzione della colpa” all’altro che non sa, non s’interessa, non si informa. Purtroppo, anche in questo caso, chi ne paga le conseguenze sono sempre gli utenti, che magari non riescono a beneficiare di un’opportunità a portata di mano. Ecco, allora, che la mancanza di comunicazione può diventare un vero e proprio ostacolo, una barriera da contrastare, avendo cura di promuovere, al contrario, la diffusione di queste iniziative. Anche gli utenti possono dover affrontare delle difficoltà comunicative, per lo più legate alla malattia stessa: molto spesso si tratta di una fatica ad esprimere ciò che provano, gli stati d’animo e le emozioni legate all’attività stessa. Ciò comporta la necessità di osservare il loro comportamento ad ampio raggio, senza soffermarsi, esclusivamente, ad aspetti verbali. Ne dà un esempio una degli operatori sanitari che, parlando dei partecipanti al gruppo di AF settimanale, dice:

*“...Poi loro, alle volte, hanno difficoltà ad esprimere i sentimenti positivi che hanno provato, però in realtà sono pazienti che vengono volentieri e che non mancano mai alle attività...”.*

È la relazione di conoscenza approfondita che permette a questa operatrice di affermare quanto sostiene con totale sicurezza. Ancora, un’infermiera fornisce un altro esempio di come, gli utenti, facciano fatica a comunicare verbalmente quanto vivono emotivamente:

*“...Sì, non lo esplicitano proprio perché è una difficoltà loro di dire che si sono divertiti, che hanno passato una bella giornata...”.*

e una collega sottolinea come possono agire, gli stessi operatori, in questi casi:

*“... io penso che noi dobbiamo raccogliere le cose per come le dicono, perché il paziente più cronico è, più ha difficoltà a riconoscere le emozioni e a manifestarle...”*

La relazione di vicinanza e la condivisione dei momenti di attività, con l'impegno, la fatica, il piacere e tutto ciò che possono comportare, sono certamente la base forte su cui far crescere la fiducia dell'utente e quindi la confidenza nei confronti degli operatori. Ne dà un esempio un esperto esterno, volontario del CAI e colonna del gruppo montagna di cui è guida, che riporta questa osservazione:

*“...penso che faccia bene per i pazienti, per tutti, questo star fuori intanto in compagnia, fra noi e parlare liberamente ognuno dei suoi pensieri...”*,

parole semplici ed immediate, che mettono in evidenza come il contesto ed il clima della relazione possano contribuire a far sentire a proprio agio la persona, facilitando anche la libera espressione. Un'altra importante testimonianza mostra come, talvolta, la comunicazione non verbale dica molto di più di quanto si possa esprimere semplicemente a parole. Questo è il caso del Sig. F..., un utente con un alto livello di ritiro sociale, molto assiduo, però, nella frequentazione delle escursioni in territorio naturale (durante le quali rimane per lo più isolato, osservando ogni cosa da debita distanza); racconta un'educatrice che lo segue:

*“...e allora F..., io non mi ricordo che mi abbia mai detto che si è divertito, però quando inizia a parlare dell'uscita credo che sia uno dei pochi momenti in tutto il resto del mese dove noi lo vediamo che si mette in posizione eretta e che sorride e che ci racconta la cosa sorridendo”*.

Si capisce quindi, in modo chiaro, quanto sia importante curare gli aspetti comunicativi, con uno sguardo molto attento ai tanti segnali che si possono cogliere, anche in forma non verbale. Questo aspetto va tenuto presente anche per quanto riguarda i messaggi che gli stessi operatori possono mandare agli utenti, in tante forme diverse: anche quando non sembrano interessati o attenti, infatti, gli utenti il più delle volte, ricevono l'informazione, anche senza darne un feedback immediato, come testimoniato da questo esempio:

*“...A...per problemi familiari non è più potuto venire, ma quando veniva via diceva “ quello è un abete bianco perché io mi ricordo che F... (la guida) mi ha detto che è un abete bianco”,...quindi vedi che sembra che magari non ascoltino ma invece dopo gli restano questi piccoli particolari”*.

Gli aspetti della comunicazione, quindi, vanno curati e da quanto emerge dalle testimonianze degli operatori, è necessario, anche in questo caso, agire con consapevolezza: creare occasioni d'incontro e confronto, informare colleghi ed utenti delle iniziative, fare rete cercando di conoscere altre realtà dove vengano proposte attività simili o capaci di accogliere gli utenti,

alimentando anche il confronto tra esperienze diverse. Numerosi sono gli esempi su questa tematica:

*“...Quindici giorni prima si fa un gruppo un po’ per riprendere l’uscita precedente e quindi parlare un po’ anche dei vissuti...”* ,

spiega l’esperto esterno, referente di un gruppo montagna, che poi aggiunge:

*“...e ci incontriamo dopo ogni uscita per rivedere l’uscita precedente e per programmare quella successiva”;*

Un’ operatrice, invece, racconta, di come, nel suo gruppo, associano l’AF ad un momento iniziale di confronto verbale:

*“...sono incontri sia teorici che pratici perché facciamo un po’ due parole su com’è andata la settimana dal punto di vista dell’alimentazione e poi, se il tempo permette, andiamo a fare una passeggiata...”* ;

Per quanto riguarda il fare rete, invece, così si esprime uno psichiatra:

*“ è fondamentale dare sempre più visibilità alle attività che si fanno e a quelle che si sta cercando di fare, per permetterci di integrarci ancora meglio in quella che è la rete anche nazionale che stiamo conoscendo”.*

Un infermiere, uscito dal SPDC per il quale lavorava, ora responsabile di un’associazione che coinvolge soprattutto utenti e familiari, afferma, invece, con decisione:

*“...siamo ricchi come attività sportive dell’ASL, con tutti i vari centri diurni, però tu puoi dire “ho fatto un bel lavoro” [...], quando coinvolgi le scuole, il tribunale dei minori, i cittadini, i CRAL, i commercianti...”*;

Un’altra importante operazione di rete si realizza agendo nel territorio locale, cercando di uscire dagli ambienti generalmente dedicati alla cura e favorendo l’incontro con le realtà della società, dove la persona vive. Fa un esempio di questa azione una psichiatra che racconta di come, il gruppo che segue, ha voluto, fin da principio, trovare contatti in ambienti extra-psichiatrici:

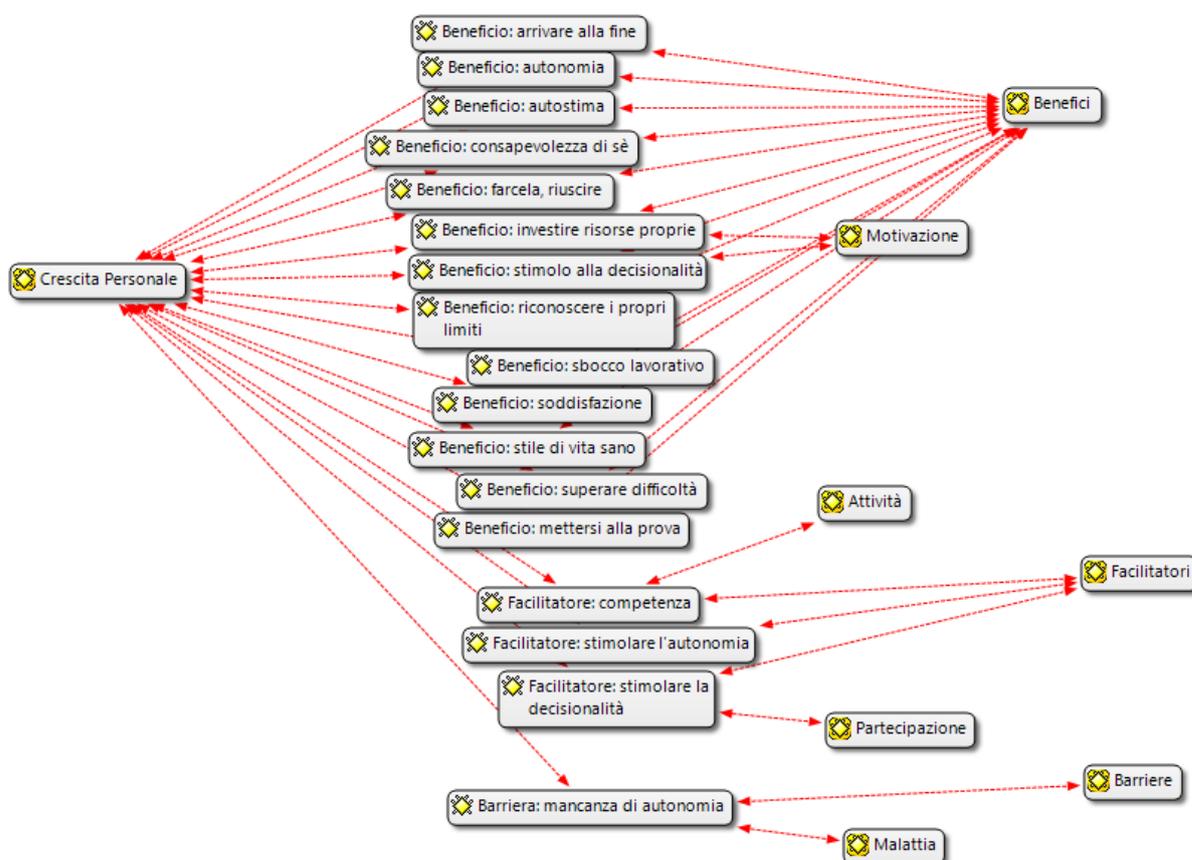
*“...fin dall’inizio abbiamo fatto degli incontri al Cai con i pazienti, quindi fuori dalle strutture psichiatriche, coinvolgendo un istruttore del Cai e coinvolgendo anche dei medici della commissione medica del Cai, anche loro esperti di montagna, appassionati di montagna, per cui abbiamo cercato di fare un po’ un ponte con persone e strutture non psichiatriche”.*

L’ultimo aspetto da mettere in luce, in questa categoria, riguarda quella che si potrebbe definire “funzione espressiva” dell’AF, ovvero la possibilità che il movimento e l’espressione corporea fungano da vero e proprio canale comunicativo per alcuni utenti, molto più capaci di “dire con un gesto” o di comunicare con un movimento o un gesto atletico, piuttosto che a parole. Racconta uno psichiatra, in merito allo stesso Sig. F... di cui sopra:

“...Si, il F... che adesso frequenta anche il centro diurno in realtà frequentava anche il gruppo pallavolo, quindi lui è un affezionato delle attività fisiche che evidentemente gli sono più congeniali, perché se no, se deve parlare non ce la fa...”.

Questo esempio lascia intuire un ulteriore valore aggiunto dell'AF, che può quindi rappresentare, per alcune persone, un vero e proprio mezzo di comunicazione, con il quale mettersi in relazione con gli altri.

### 7.1.5. Categoria Crescita Personale



Questa categoria raccoglie alcuni importanti elementi che riguardano come l'AF può influenzare la crescita personale della persona, proprio grazie a ciò che permette di vivere e sperimentare in prima persona. Anche in questo caso sono state distinte le tre sottocategorie, ma per quanto riguarda le barriere va fatto un breve rimando a quanto già trattato ampiamente nella categoria *malattia*. La mancanza di autonomia, che fortemente si associa alla condizione patologica della persona, è, infatti, l'aspetto che maggiormente ostacola la crescita personale. Si riconosce questo scoglio nelle parole di un infermiere, che racconta come, gli utenti del gruppo con il quale partecipa all'AF settimanale, si pongano in una posizione di “dipendenza” dalla figura degli operatori. L'effetto che ne deriva è proprio quello di non essere autonomi:

*“...finché c’è l’operatore dietro le spalle allora si sentono protetti e in dovere di fare, non in diritto, in dovere di fare, ma che loro prendano un’iniziativa perché loro si sentano in diritto di affrontare una cosa...”.*

Sembra quasi che l’operatore sia percepito come una sicurezza, uno scudo, una fonte di protezione. La difficoltà sta nell’emanciparsi, passo passo, da questo legame. Nella maggioranza dei casi, comunque, man mano che una persona prende confidenza con un ambiente, un’attività, un gruppo di pari, cresce anche la capacità di muoversi più autonomamente. Le proposte di AF hanno questo forte potenziale di crescita: si cresce, per esempio, in consapevolezza di sé, come dimostra l’esempio seguente, riportato da un infermiere, che parla delle riflessioni condivise con un utente, strada facendo, durante un’escursione:

*“...lui s’impegnava, e mi ha fatto notare come tanti pazienti, che fanno quest’attività, hanno la possibilità di vedere se stessi: c’è quella un po’ più pesante, che fa fatica a muoversi, quindi si rende conto che un po’ di attività le farebbe bene, poi c’è quello che sembrerebbe non riuscire a muoversi e invece è il primo del gruppo...quindi soprattutto a loro serve quest’attività anche per confrontarsi con i loro movimenti...”*

L’AF risulta molto utile anche per crescere nella consapevolezza del proprio corpo: dei propri limiti, dei propri punti di forza, dei veri bisogni e potenzialità. Come già visto nella categoria *malattia*, infatti, la condizione patologica comporta un allontanamento dal proprio corpo, in quanto luogo di sofferenza. Ecco perché, nella testimonianza seguente, viene posto l’accento sull’effetto benefico dell’AF che, in questo senso, stimola il recupero di un contatto con la proprio corpo:

*“...quindi (il beneficio è...) il fatto di riconoscere che oltre alla sfera psichica e mentale c’è un corpo e che questo corpo bisogna anche curarlo e trattarlo...”*,

e poi continua dicendo:

*“...credo che i benefici siano il fatto di riconoscere il proprio corpo come una parte appartenente a sé, non distaccata ,[...]il fatto per esempio che tanti dicano “dovrei fare un po’ di movimento in più” questo è un risultato di un lavoro fatto un po’ anche da noi, bersagliandoli su questo fronte, ma poi soprattutto con l’aspetto dell’attività motoria...”*.

Si diventa anche più obiettivi rispetto ai limiti reali, come emerge dalle parole di un utente, riportate da un infermiere:

*“...riguardo questo paziente, lui mi aveva fatto notare come iniziando questa attività aveva visto quelli che erano i suoi limiti di movimento, infatti un giorno mi disse: “guarda non ce la faccio a camminare, probabilmente devo fare una visita cardiologica...”*.

Questa crescita della consapevolezza può riguardare anche un gruppo o “squadra”, come testimonia un’educatrice, auspicandosi che, tutto l’impegno, volto a far condividere agli utenti esperienze sportive significative, porti i suoi frutti, ovvero:

*“...che i pazienti si rendano davvero consapevoli che sono loro una forza e che non hanno bisogno degli operatori per poter fare un’associazione...”.*

Per fare un esempio concreto dei risultati che, in certi casi, con molta costanza, si possono raggiungere, riportiamo un’esperienza, già citata nella categoria *motivazione*. L’esempio mostrava come, ad un gruppo motivato, si possa osare chiedere un passo in più. In questo caso, però, viene messo in luce il percorso che ha portato alla decisione di proporre, agli utenti dell’associazione, di partecipare autonomamente al torneo in questione. L’osservazione dell’educatrice riguarda un obiettivo su cui, come associazione, sentono di dover lavorare:

*“...sulla consapevolezza di avere un potere. Se posso fare un piccolo esempio...noi operatori quest’anno non partecipiamo più al torneo “SottoSopra”, [...] quest’anno sarebbe il 6° anno che andiamo; i nostri ragazzi andranno da soli...cioè noi non ci saremo, l’abbiamo già detto, si organizzeranno da soli”.*

Un altro esempio di come, l’AF, possa veicolare una crescita di consapevolezza personale, arriva da un infermiere, che racconta l’iniziativa personale di alcuni utenti ed ex-utenti della CTRP nella quale lavora:

*“...per esempio, quando mi vengono a dire che si organizzano per andare in piscina al sabato, tra R... e quelli del gruppo appartamento, C... e N..., che sono andati qualche volta insieme, ecco quello vuol dire che ci tengono ad andare in piscina, quella è una scelta consapevole di andare in un posto pubblico per allenarsi, di fare quelle vasche che gli fa bene fare; cioè arrivare a quel punto là vuol dire che hanno preso consapevolezza...”.*

A volte questi cammini durano anni, altre volte i risultati si raggiungono più rapidamente. Ogni persona ha il suo percorso ed è importante che sia supportata secondo le proprie esigenze. Un fattore che accomuna tutti, però, è la soddisfazione che si prova quando si riesce a superare le difficoltà, portando così a termine “un’impresa”: un’escursione, una partita di calcio, un gioco di squadra di pochi minuti.

*“...quindi, secondo me, questo fa parte anche del beneficio che loro traggono di superare queste difficoltà ... anche la paziente che ti dice “io ho le gambe dure...il mio dottore sa che ho questi tremori alle gambe per cui mi si induriscono”... e riuscire ad arrivare alla fine, credo che per loro sia una grande conquista...”;*

*“...magari anche tante volte se il percorso è un po’ stancante ecc... però sono... vedono che ce la fanno, tutto sommato, e sono gratificate da questo...”;*

e ancora, le parole di un utente, riportate da un’infermiera:

*“...ce l’ho fatta, quel giorno ero distrutto però contento...”*,

e un esempio di ciò che scrivono i partecipanti ad un gruppo montagna, in un apposito quaderno:

*“... loro scrivono che è stato difficile, ma bella la soddisfazione di essere riusciti a farcela...”*.

Più la prova è ardua, più impegno richiede, più titubanza si può incontrare all’inizio, come già ampiamente messo in luce. Se l’impresa richiede anche una buona dose di coraggio, ma non manca il supporto del gruppo...la soddisfazione finale, però, è quasi garantita:

*“...mi vien da dire, quella volta che abbiamo fatto rafting, molti non volevano, quindi anche il fatto di farsi coraggio l’un con l’altro, alla fine sono riusciti tutti quanti e tutti anche molto soddisfatti...”*.

Un altro beneficio che può derivare, quindi, da queste esperienze, è certamente la crescita anche sul fronte dell’autonomia:

*“...Per esempio per altri pazienti tipo F..., con le stesse problematiche e con questo grande ritiro a casa che hanno, con l’attività di piscina, che non ci saremmo mai aspettati, lui poi è riuscito ad andare anche da solo, una volta, però secondo me è una conquista enorme...”*.

Inoltre, sempre grazie alle proposte dell’ambito motorio, si può sostenere l’autonomia della persona, anche dando agli utenti delle importanti occasioni formative, che si traducono, a volte, in vere occasioni lavorative. Ne è un esempio virtuoso il corso per peer-supporter al quale hanno partecipato alcuni utenti di un’associazione, come raccontano i loro referenti:

*“...nei progetti innovativi dell’Azienda, il corso per peer-supporter è già alla seconda edizione; nel primo gruppo sono stati formati 5 o 6 peer-supporter; qualcuno lavora per l’altra nostra associazione che è culturale si chiama “NEPE, nessuno è perfetto” qualcuno per la Global, il segretario dell’associazione, per esempio, è un peer-supporter...”*.

Anche uno psichiatra racconta di come, con sua sorpresa, abbia constatato che proporre l’AF ai suoi assistiti, facilita l’immissione nel mondo del lavoro:

*“...poi abbiamo visto che questa forma è qualcosa che immettere molto nel mondo del lavoro, non mi chiedere perché; c’era una referente del centro d’impiego che ne era convinta, io non ne ero convinto, però abbiamo guardato i dati e aveva ragione lei,... per cui abbiamo cercato d’investire su questa linea...”*

Sempre in merito alle esperienze formative che sostengono l’autonomia, creando competenza, riportiamo le parole di un’altra educatrice:

*“...adesso anche per judo si sta formando un ragazzo che sta molto vicino al maestro per diventare istruttore e anche lui organizza, fa tutte le telefonate per chiamare i ragazzi...”*,

e la testimonianza di un infermiere di un altro gruppo:

*“...per la squadra di basket c'è un infermiere del CSM di Gorizia che partecipa e appoggia l'allenatore, che è un paziente, che però da un anno ha un contratto con la nostra Cooperativa di conseguenza viene anche retribuito”.*

La promozione di queste iniziative, quindi, può tradursi in vere e proprie occasioni per imparare qualcosa, per accrescere anche le proprie conoscenze, il proprio saper fare, per acquisire o rinsaldare competenze:

*“...ogni tanto rifacciamo qualcosa di teorico e quelli che sono nel gruppo da più tempo ci aiutano a spiegare agli altri come funziona...”*,

*“...allora, per l'attività di calcio abbiamo sempre avuto un allenatore esterno, un signore; adesso c'è un nostro ragazzo che per un po' di anni ha affiancato l'allenatore e adesso è lui l'allenatore ufficiale; per la pallavolo abbiamo un allenatore esterno però anche lì c'è già un nostro ragazzo che lo affianca e organizza comunque tutto lui cioè noi (operatori) [...] guidiamo i pulmini e giochiamo, quando giochiamo nella squadra siamo giocatori, siamo soci dell'associazione...”*.

Anche uno psichiatra, mettendo in evidenza un'altra importante iniziativa di un'associazione che partecipava al focus, sottolinea l'importanza di queste occasioni formative:

*“...Una cosa che va detta, che secondo me è molto importante: ...che voi avete gli arbitri, che i ragazzi hanno fatto un corso, che fate un corso per formare gli arbitri...questa è una cosa importantissima...”*.

Un ultimo esempio virtuoso, ricorda come, esperienze positive di questo genere, contribuiscano anche, di conseguenza, a stimolare l'autostima personale. Riconoscersi ancora capace di compiere un gesto sportivo, per esempio, può aiutare moltissimo l'utente: a ritrovare fiducia nelle sue possibilità, a rialzare lo sguardo per rivolgerlo a ciò che ha attorno, a rivalutare le proprie capacità.

*“...Io trovo che queste attività siano molto utili, [...] per poter rimettere in gioco alcune capacità, che le persone avevano e che pensavano di non avere più; ... ho davvero visto delle persone rimettersi in gioco, ragazzi di 40 anni a cui chiedi “ma tu vuoi giocare a pallavolo” e ti dicono “ma ho giocato quando ero alle medie, ma non ce la posso fare...!”... poi li vedi in campo giocare a pallavolo, a calcio, mettersi a fare judo e davvero vedere la loro sorpresa e dire “Oddio ma sono ancora capace di fare qualcosa...”...riuscire a farcela, mettendosi alla prova...”*

In linea con la promozione dell'autonomia, si situa, anche, l'intento di promuovere una maggior consapevolezza dei concetti di “salute” e di “stile di vita sano”, aspetti, questi, che l'AF veicola di per sé, ma sui quali sarebbe sempre importante sensibilizzare gli utenti, come succede, per esempio, nel gruppo “in-forma”, già incontrato nel corso dell'analisi:



*“...abbiamo visto che se all’inizio c’è un po’ di titubanza poi invece partecipano (all’attività) volentieri insomma, sembra una cosa così campata per aria però alla fine si divertono e hanno piacere insomma a partecipare a questa attività”.*

Per facilitare questa percezione di piacere, aiuta molto l’utilizzo dell’elemento ludico, che risveglia sempre una dimensione fanciullesca e spensierata, o anche, in certi casi, l’elemento della competizione, saggiamente guidata, che invoglia e giustifica il mettersi alla prova accettando la sfida. Variabilità e ripetitività vanno combinate nel giusto mix, per permettere all’utente di non annoiarsi ma al tempo stesso concedendogli di misurarsi con compiti noti, nei quali poter anche migliorare e sentirsi pian piano più capaci. Le parole di alcuni partecipanti, che partecipano regolarmente alle attività nei loro gruppi, forniscono degli esempi:

*“...alla fine dell’attività c’è sempre una parte tipo gioco che abbiamo visto che ai pazienti piace molto, si dividono in due squadre i pazienti, fanno tre tiri a canestro, quella piace tanto...”;*

un’esperta esterna, specialista dell’esercizio, inoltre, dà un’idea dei motivi che guidano la scelta dei momenti ludico-competitivi che propone nelle attività:

*“...preferisco lavorare su percorsi, gare, cose di questo tipo e poi anche per motivarli un po’ e risvegliare il lato più ludico, il puro divertimento, che anche per la problematiche che hanno è un po’ assopito diciamo, il puro corriamo dietro ad una palla, divertiamoci, vinciamo perdiamo”.*

Il tema dell’*enjoyment* è chiamato in causa anche nell’intervento di un’infermiera, che porta all’attenzione del gruppo un’altra realtà delicata, ovvero quella del pregiudizio proprio tra colleghi. Non si può negare, infatti, che quando si è impegnati in attività che piacciono e fanno stare bene, i risultati che si ottengono sono certamente migliori, o quanto meno, più facili da raggiungere. I meccanismi che si mettono in atto sono fortemente collegati agli aspetti motivazionali che guidano il nostro agire. Esiste però, nella nostra cultura, una forte antitesi tra lavoro e divertimento, tra lavoro e piacere, quasi che questi due ambiti, se affiancati, rischiano di far perdere di credibilità e di sminuire la professionalità. Le parole dell’infermiera sono molto chiare:

*“...e poi l’altro obiettivo, che è più difficile, è convincere la gente, non vogliatemene, ma che se l’operatore si diverte non è un peccato mortale!...ma che se l’operatore si diverte lavora meglio, perché se io lavoro in banca e mi piace lavorare in banca lavoro meglio, invece qui se ti diverti ...oddio ti diverti, cioè devi sentirti in colpa...”*,

e aggiunge poco dopo:

*“io so che se uno fa una cosa volentieri la fa meglio...cioè mi sembra una cosa così ovvia...!!!”.*

Il messaggio è arricchito da un collega psichiatra, che partecipava allo stesso focus, che dice:

*“...e questo funziona anche con la motivazione e con l’attività dei ragazzi, cioè se quello che gli si propone è un percorso che li diverte e che trovano piacevole, è chiaramente molto più semplice da seguirsi piuttosto che un qualcosa da fare per forza”.*

Un’altra testimonianza si pone in linea di continuità con i concetti espressi da questi partecipanti; sono le parole di un altro infermiere che sottolinea come, ciò che prova l’utente che partecipa ad un’attività, segua gli stessi principi di quanto si trova a vivere l’operatore che lo accompagna:

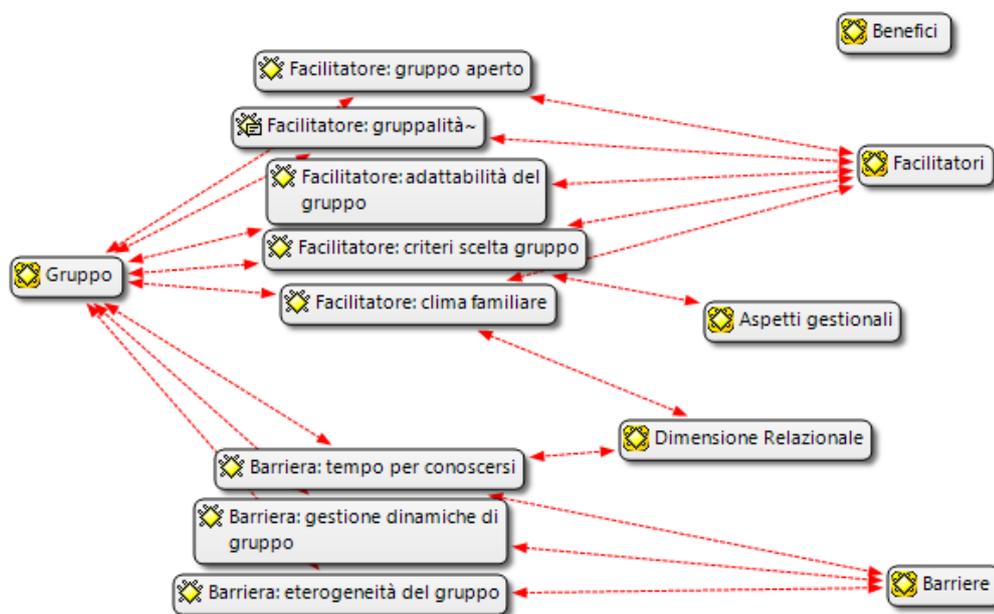
*“...credo che sia come per noi, c’è quello che a casa va in palestra, c’è quello che a casa va a correre e c’è anche quello che sta seduto in divano, cioè credo sia proprio una cultura e poi che il fatto anche di provare piacere in quello che si fa...aiuti moltissimo”;*

di seguito poi aggiunge un’osservazione molto importante, che riprende quanto detto dall’infermiera poco sopra:

*“...a me andare in palestra non mi fa provare nessun piacere e non mi viene neanche voglia di stimolare i ragazzi, lo faccio lo stesso perché so che è il mio lavoro ma credo che appaia benissimo, e che quello che diamo a loro sia un aspetto un po’ demotivato al partecipare...”.*

Quanto esposto, in queste poche righe, rende ancora più evidente quanto sia importante l’autenticità all’interno della relazione di cura. Immediatamente viene da pensare agli aspetti motivazionali, a quanto sia importante che i primi ad essere veri beneficiari dell’attività, realizzata insieme agli utenti, siano proprio gli operatori sanitari; anche per questi importantissimi aspetti rimandiamo a maggiori approfondimenti nella categoria della *motivazione*. Rimane chiaro il messaggio lanciato dalle parole delle ultime citazioni: ciò che prova l’operatore sanitario durante un’attività è altrettanto importante di quanto vive l’utente che partecipa.

### 7.1.7 Categoria Gruppo



Presentiamo ora i contenuti della categoria *gruppo*, che raccoglie testimonianze di barriere e facilitatori dell'AF legati al fare un'attività in gruppo. Uno degli aspetti più difficili a cui far fronte è, certamente, la gestione delle dinamiche di gruppo, tra persone che possono richiedere moltissima attenzione e, al tempo stesso, potrebbero non essere in grado di offrire altrettanta disponibilità nella relazione. Lo testimonia uno psichiatra dicendo:

*“...Dopo c'è il problema che ci sono delle dinamiche di gruppo che non è sempre facile gestire perché sono contatti non così frequenti, non c'è il contesto per intervenire...se c'è una paziente, come è successo l'ultima volta, che fa il disastro...è un problema...”*

Il problema a cui allude il medico è costituito dal fatto che, se una situazione difficile non viene immediatamente affrontata o ripresa, per verificare cosa ha suscitato nelle persone presenti, si rischia di lasciare soli, gli utenti, ad affrontate le conseguenze di quanto accaduto durante l'attività. Un altro aspetto controverso è costituito dalla eterogeneità dei gruppi. Generalmente, infatti, i gruppi sono composti da persone con diagnosi diverse, per lo più con disturbi cronici (psicosi, schizofrenia), ma che possono anche richiedere attenzioni diverse tra loro. In certi casi, si possono ritrovare insieme persone molto ritirate, isolate, chiuse in se stesse, o anche persone con condizioni fisiche molto diverse: uno molto sedentario e uno fisicamente ancora attivo. Capita comunemente, come testimoniano questi esempi:

*“...Questo gruppo è molto eterogeneo, nel senso che ci sono quelli che potrebbero fare molto di più...e altri che invece...”*;

*“...poi anche al gruppo montagna...il gruppo è eterogeneo, ci sono pazienti psicotici gravi e ci sono anche pazienti meno gravi...”*

Ciò comporta che, spesso, si allunghino anche i tempi di conoscenza tra i partecipanti al gruppo:

*“...ci sono le difficoltà ovviamente quando uno nuovo entra, sia da parte della persona che del gruppo, c'è un bisogno di conoscersi...”*

In generale, comunque, si tende a gestire l'eterogeneità del gruppo come in ogni altro contesto di AF e sportivo, cercando di far emergere i vantaggi dell'essere diversi; poi, aiutano altri due aspetti importanti, la capacità di accogliere e la capacità di adattarsi. Ne dà testimonianza un'operatrice, che partecipa ad un gruppo di attività nella sua struttura:

*“...A me vien da dire che comunque non lo vedo come un grosso intralcio (l'eterogeneità), perché per come la vedo io è un gruppo molto aperto, dove ci sono state entrate, uscite, anche tra noi operatori non siamo mai gli stessi e mi sembra che comunque questa cosa non venga vista come un aspetto negativo...”*

Anche la capacità di accogliere viene testimoniata da quanto racconta un'infermiera:

*“...poi il gruppo è composto anche da quattro volontari esterni, che non centrano niente con la psichiatria ma a cui piace giocare con noi...”*

Capita anche che, gruppi che nascono grazie ad un'iniziativa particolare, poi si solidifichino ed assumano una loro regolarità, come nel caso del gruppo “in-forma”, nato su proposta di una casa farmaceutica, produttrice di un farmaco antipsicotico che causa un notevole aumento ponderale in chi ne fa uso. Si era deciso, quindi, di associare, in una attività organizzata, un gruppo di cammino a delle sessioni di educazione alimentare, per aiutare, gli utilizzatori del farmaco, a limitarne gli effetti collaterali. Così raccontano l'operatrice e l'infermiera, che hanno visto l'origine e l'evoluzione del gruppo nella loro struttura:

*infermiera:” ...Si perché questo gruppo era iniziato con la casa farmaceutica dello Ziprex...”*

*operatrice: ”... che provocava sovrappeso no?...Ecco era nato così dopo di che l'abbiamo trasformato in un progetto nostro, infatti prima venivano reclutati gli utenti che prendevano questo farmaco proprio perché dava un aumento ponderale notevole, adesso diciamo che partecipano anche altri utenti...”*

Queste testimonianze rimandano ad una problematica già incontrata nella categoria degli *aspetti gestionali*. Si può chiaramente intuire come non sia facile stabilire dei criteri univoci e standardizzati per includere o escludere un utente da un'attività. Come già visto, la proposta di partecipazione parte sempre da un operatore e deve essere mossa dall'intuizione che l'utente potrebbe beneficiare di questa o l'altra AF o sportiva. Se l'utente accetta di partecipare, gli va lasciato il tempo necessario per inserirsi nel gruppo e va lasciato al gruppo il tempo per “allargarsi”. Testimonia un'operatrice:

*“...sia da parte della persona che del gruppo, c’è un bisogno di conoscersi, però vedo che comunque c’è un’apertura, non è che si siano formati dei gruppetti stabili, chiusi, per cui io lo vedo come un aspetto positivo...”*

Molto spesso, poi, il gruppo stesso si dimostra il primo alleato del nuovo arrivato, e diventa “luogo d’incontro” con altre persone che stanno attraversando le stesse difficoltà. Viene stimolato, quindi, anche il contatto sociale, come raccontano due partecipanti, coinvolti un gruppo di AF settimanale:

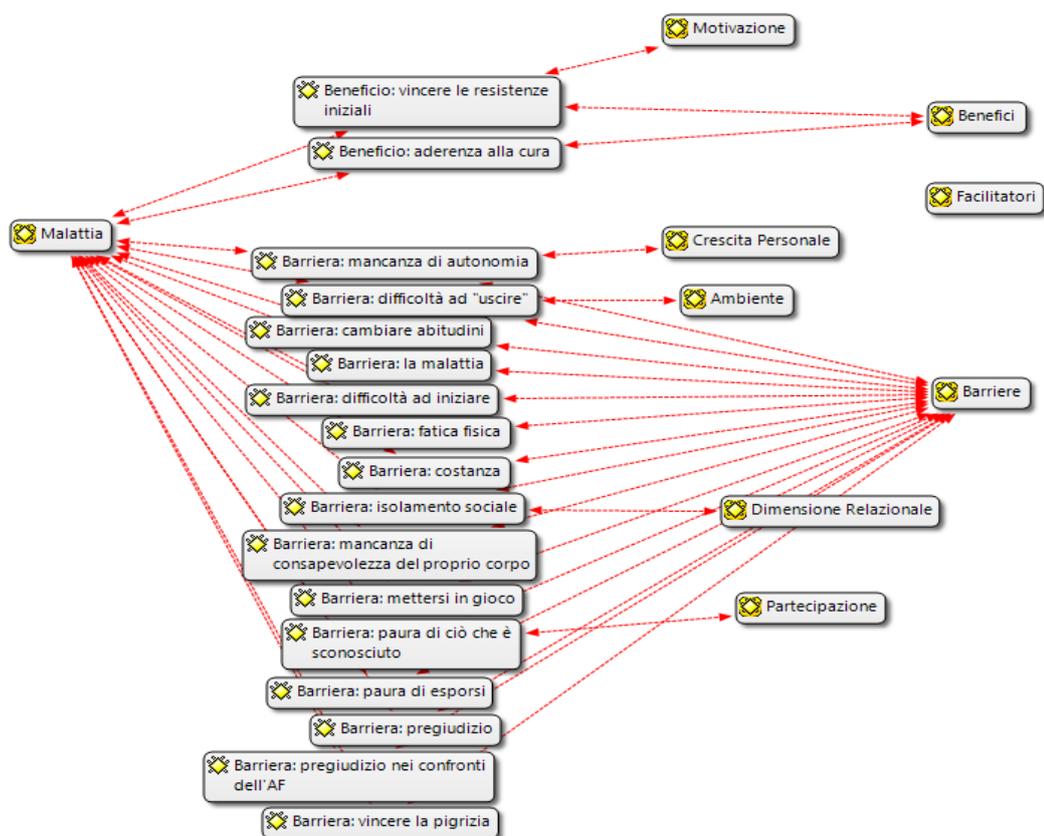
*“...da due anni noi facciamo attività con il centro diurno di Galliera, quindi abbiamo unito due gruppi di pazienti, il gruppo è diventato molto più numeroso perché lavoriamo con circa venti pazienti tra i nostri e i loro ed erano molte persone che loro non conoscevano e anche la con diversi livelli di autonomia e di patologia...”*

È necessario, quindi, di fondo, un atteggiamento di elasticità, per far fronte alle esigenze di persone che hanno problematiche così complesse. L’incontro con altri utenti, comunque, se da un lato può minare la stabilità di un gruppo, dall’altro lato, però, facilita la continuità dell’attività, dando maggiori possibilità di adattamento anche a persone per le quali, la costanza, è profondamente minata proprio dalla malattia.

*“...con gli anni il gruppo s’è poi allargato nel senso che è diventato un gruppo aperto ad altre patologie anche se la maggior parte sono comunque psicotici e aperto anche nel senso che ogni tanto si inserisce qualcuno di nuovo e qualcuno invece se ne va perché magari anche lavorano o stanno male...”*

Quando il gruppo è più numeroso, infatti, le assenze e le “partenze”, sono meno influenti, e non compromettono la realizzazione degli incontri. Generalmente, inoltre, il clima familiare che si tende a promuovere in questi gruppi, favorisce un approccio empatico tra i partecipanti che migliora la capacità di accettare anche le difficoltà altrui e di accogliere i problemi degli altri

### 7.1.8 Categoria Malattia



La categoria *malattia* raccoglie in sé alcuni elementi fondamentali, in parte anche già emersi, messi in evidenza dagli intervistati. Le testimonianze presentate di seguito, infatti, fanno capire quanto, alcuni comportamenti degli utenti, siano profondamente influenzati dalla condizione patologica con la quale devono fare i conti. Questo aspetto, inoltre, è un dato che non si può mai perdere di vista, anche per chi si occupa delle attività da proporre agli utenti, nei percorsi riabilitativi. Si tratta, in altri termini, di condizioni quasi standard, nelle quali ci si può ritrovare. È, quindi, importante averne un quadro molto chiaro ed essere consapevoli che si tratta di barriere che rendono più difficile e complessa la gestione delle proposte di attività con queste persone. Tuttavia, come ogni ostacolo, non devono scoraggiare, semmai motivare al miglioramento delle strategie d'approccio.

Un argomento, già accennato nel corso di questa analisi, riguarda la difficoltà ad essere costanti in un'azione, un proponimento, un'iniziativa. Ne dà un esempio un'educatrice che racconta di un gruppetto di ospiti, della CTRP nella quale lavora, che ha manifestato il desiderio di organizzare un gruppo di cammino, una volta alla settimana. L'ottimo intento si è dimostrato, però, ben presto ostacolato dallo scoglio della costanza, come testimoniato dalle parole dell'educatrice:

*“... non è facile che riescano a mantenere l’impegno, il problema è la costanza”;*

A rendere più ardua “l’impresa”, si somma anche la difficoltà a cambiare le abitudini consolidate, per adottare un nuovo stile, un nuovo modo di investire il tempo. Questa difficoltà, purtroppo, riguarda tutti gli ambiti della vita, come mette in luce un infermiere della stessa CTRP, che dice:

*“...ma non puoi chiederla (la costanza) solo dal punto di vista motorio, credo sia una questione di vita, cioè devi lavorare su più fronti...”*

Un altro esempio riguarda il caso riportato di seguito, quello di una ragazza, S..., desiderosa di aggiungersi al gruppo cammino di cui sopra. È degno di nota il fatto che la richiesta sia partita da lei, altro aspetto molto difficile per una persona con psicosi cronica, ma le parole dell’educatrice lasciano intravedere l’ostacolo con cui S... dovrà misurarsi:

*“...e infatti lei l’ha chiesto, S... si è agganciata, l’ha chiesto anche a me e dopo andiamo a fare una passeggiata, però ci vuole tempo anche per cambiare le abitudini”.*

Solo in relazione al tempo, infatti, possiamo valutare l’efficacia di un’AF, perché, al di là dei benefici immediati, per facilitare la costanza e far crescere la motivazione, è fondamentale riuscire a vedere il beneficio a medio e lungo termine dell’azione che si sta compiendo. Questo elemento temporale, però, è molto più difficili da affrontare per chi tende a fuggire il confronto con lo scorrere del tempo. Emerge, questo particolare, dall’articolata testimonianza un infermiere:

*“...non è tanto la consapevolezza quando piuttosto il desiderio di fare la cosa e per di più i limiti della malattia stessa, cioè ricordiamoci che per uno psicotico, partire e attivarsi vuol dire anche che il tempo passa e il tempo passa per lui è una spada di Damocle sopra la testa, nel senso... finchè sto fermo conosco tutto, ma se faccio passare il tempo quanti imprevisti, quante difficoltà e quante cose mi possono capitare addosso...?”.*

Queste parole introducono, anche, quella che viene considerata dagli operatori come la difficoltà maggiore per gli utenti, che sembra s’incontri nel momento iniziale, quando si tratta, quindi, di cominciare un’attività; dice uno psichiatra:

*“...Secondo me nell’iniziare si fa più fatica, perché hanno paure, ecc., dopo quando vedono che è una cosa fattibile, che non è chissà cosa, allora dopo acquistano fiducia e allora dicono ma si dai in fondo non è male...”;*

e una collega fornisce una lettura di quanto sta dietro a questa difficoltà:

*“...In effetti nei nostri pazienti spesso c’è una rinuncia, c’è uno scoglio iniziale ad uscire dalle loro case dalla loro routine quotidiana, per cui magari all’inizio è difficile convincerli ad entrare in queste attività per la prima volta...”.*

Ogni inizio presuppone la capacità di vincere le proprie resistenze, di essere pronti a lasciare una sicurezza per qualcosa di nuovo, talvolta si tratta anche, banalmente, di alzarsi dal letto, come la mattina dell'escursione in montagna:

*“...bisogna sempre vincere la pigrizia di alzarsi alla mattina, il salto di dover alzarsi un po' prima, anche se non andiamo via alle otto della mattina...”* (esperto esterno, guida del CAI).

Se anche si tratta di un piccolo sforzo che può fare la differenza, non va comunque banalizzato:

*“...ce n'erano alcuni che non avrebbero mai pensato di andare in montagna o che in inverno non si sarebbero mai mossi, tipo D..., e invece poi hanno superato questo scoglio e hanno visto anzi che era una cosa anche piacevole”...*

...il premio per chi riesce a vincere le resistenze iniziali è sorprendersi del piacere che ne può derivare, nonostante l'impegno e la fatica. A volte, invece, si rimane bloccati dalla paura di non farcela, o addirittura dalla paura di fare troppa fatica. La fatica fisica, infatti, risulta tra le principali barriere legate alla malattia, tipicamente influenzata da condizioni organiche compromesse dalla patologia stessa. Racconta quanto segue un'esperta esterna, specialista dell'esercizio:

*“...La maggiore difficoltà che incontrano loro (utenti) è la fatica perché non è neanche tanto la motivazione, perché l'attività non è ripetitiva, non è dieci piegamenti..., quindi secondo me non è neanche tanto quello, è proprio l'affaticamento...ce ne sono alcuni che appena percepiscono la fatica calano senza provare a tenere duro e vedere che magari la volta dopo riescono ad arrivare un po' più in là...”;*

e un infermiere aggiunge:

*“...per di più, con la vita sedentaria che tendono a fare, questo va ad incentivare ancora di più credo il dolore e la difficoltà fisica di fare ginnastica”.*

Queste difficoltà ostacolano anche il superamento di un'altra barriera, legata all'atteggiamento di chiusura, che tipicamente dimostrano le persone con queste patologie, ovvero, l'isolamento sociale. Si tratta di una reazione tipicamente messa in atto di fronte ad un problema, ad una paura:

*“...i ragazzi molte volte tendono a chiudersi, quando vedono un problema, si rendono conto di essere in difficoltà, tendono a chiudersi magari in casa...”.*

Anche quando ci si rivolge ad un servizio per chiedere un intervento sanitario, si può comunque verificare la stessa situazione, come spiega un educatore:

*“...anche perché molti ragazzi, almeno da quello che ho visto io nelle tre diverse realtà nelle quali ho lavorato, anche un ragazzo giovane che arriva lì per un problema momentaneo, si fa un mese dentro e resta chiuso dentro, cioè sta lì...”.*

Cercando di approfondire le cause di queste reazioni e di questi difficili atteggiamenti degli utenti, è stato chiesto ai testimoni privilegiati di dare, secondo la loro esperienza, una spiegazione. Una psichiatra ha risposto:

*“...È proprio la struttura psicotica. Quindi le difficoltà sono sicuramente legate alla malattia in sé e a tutte le conseguenze che la malattia nel tempo comporta, quindi tutte le cose che si incistano intorno alla malattia...”*

Un educatrice, ripensando ad un'esperienza personale, racconta:

*“...Ci sono davvero alcune persone che sono così psicotizzate che tu cerchi di trasmettere qualcosa a questa persona o cerchi d'insegnare dei meccanismi o di tirare fuori qualcosa ma ti scontri davvero con un mondo e quindi è mortificante per te e per la persona”...*

*“Si perché magari tu dici ce la possiamo fare insieme ma invece questa persona davvero è entrata in alcuni meccanismi...”*,

meccanismi troppo compromessi e viziati dalla malattia, al punto da non riuscire più nell'intento di invertire la rotta, nonostante la buona volontà ed il sostegno, come spiega uno psichiatra:

*“...Non riesci a far breccia, a consolidare l'azione,....”*

Un altro problema, estremamente complesso, causato dalla malattia, è stato identificato nella mancanza di autonomia, tipica di queste persone in difficoltà. Anche in questo caso, l'AF deve rappresentare un'occasione per crescere su questo fronte, come verrà approfondito nella categoria della *crescita personale*, e per contrastare, positivamente, situazioni di isolamento ad essa collegate. Racconta un'educatrice di un ragazzo giovane giunto al servizio per richiedere aiuto:

*“...questo la maggior parte del suo tempo lo passava a casa e non si muoveva e quando si muoveva si muoveva accompagnato dal papà, però un po' alla volta...”*,

...un po' alla volta è stato possibile realizzare, con questo ragazzo, un grande lavoro sul recupero dell'autonomia personale, al punto da vederlo arrivare da solo al gruppo dell'AF settimanale, senza più bisogno di essere accompagnato. Un altro esempio riguarda un altro utente, già citato in precedenza:

*“...Questo Signor F... che pure va in montagna tutte le estati, non va mai però in giro da solo eh, qua ci vorranno altri vent'anni, ho paura. Lui va a Lavorone...un giro per i boschi, cosa ci vuole...e invece non l'ha ancora fatto,...”*

Questa testimonianza fa intuire quanto sia importante pensare agli interventi in prospettive temporali il più possibile lunghe ed organizzate. Ciò che una persona può riuscire a compiere, accompagnata e sostenuta da un gruppo, infatti, come visto anche in precedenza, può risultare impossibile una volta soli. Perché, al di là del sostegno del gruppo, degli operatori e della

piacevolezza del condividere con gli altri un'esperienza, le parole citate mostrano la difficoltà ad assimilare un comportamento, fino al punto di renderlo autonomo. Vanno in questa linea anche le due testimonianze che seguono:

*“...perché io, al di fuori di questi momenti (di attività guidata), non ho mai visto nessuno che abbia detto parto e vado a farmi una corsa, quindi credo che debbano ancora acquisire l'idea di fare qualcosa per se stessi...”;*

*“...un'iniziativa personale non c'è su questo fronte, lo dimostra anche il fatto che dovevano andare a giocare a calcetto...spinti tutta la mattina solo andati, la volta dopo, senza spinta,... zero... nonostante ci fossero delle persone a cui piaceva giocare a calcetto”.*

Queste barriere mettono in luce, anche, difficoltà collegate alla mancanza di motivazione; a volte, quindi, sembra che si tratti di una causa, a volte di una conseguenza, ma in fondo sono tutte sfaccettature diverse di un problema unico: la malattia.

Dalle parole di un infermiere emerge, poi, un altro importante aspetto, che deriva dalla patologia, e sul quale l'AF può dare un contributo importante: la mancanza di consapevolezza del proprio corpo:

*“...credo soprattutto che siano pazienti che non riconoscono il corpo, che sono talmente concentrati sull'aspetto psichico per i disturbi che hanno e credo che con tutto quello che hanno, non riconoscere il corpo, anche facendo ginnastica, credo che sia deleterio...forse bisognerebbe fare un tipo di attività più mirata al riconoscimento dell'aspetto corporeo...”.*

Si tratta, in questo caso, di un ventaglio molto ampio di sfumature, che riguardano tutta la dimensione corporea, dall'aspetto, alla reale condizione fisica in cui si trova la persona. Per quanto riguarda l'aspetto, ci fa un esempio lo stesso infermiere, raccontando di un ragazzo della CTRP:

*“per dire in L... sta cosa è quasi inscalfibile, perché lui si vede bello, magro, filante...se non in determinati momenti”.*

Questa mancanza di aderenza alla realtà è proprio tipica della malattia ed uno degli aspetti più difficili con i quali fare i conti. Non si tratta, comunque, di una mancanza di consapevolezza globale, perché, soprattutto negli utenti che stanno aderendo ad un percorso di cura, solitamente la malattia è riconosciuta; la condizione di difficoltà non è negata e per questo motivo si accetta di seguire un percorso. Anzi, talvolta il disagio può essere di altra natura, ovvero la vergogna di doversi riconoscere bisognosi. Un esempio, molto chiaro, viene testimoniato da un altro infermiere, che racconta il caso di un utente, il sig. R...: R... partecipa regolarmente al gruppo dell'AF settimanale ma è abbastanza autonomo nella

gestione del suo tempo libero, così, ogni tanto, con qualche compagno di comunità, va a fare anche una nuotata, nel centro sportivo comunale del paese. Riporta l'infermiere:

*“...eravamo partiti in palestra qua (ad Abano), loro si vergognano anche un po' della patologia, quindi anche il mettersi in mostra, tra virgolette, andare in un centro come la palestra, anche R... mi diceva, vengo qua a nuotare e mi vedono che vengo qua a fare l'attività con gli altri pazienti...”.*

Il disagio che emerge, dalle parole del sig. R..., è evidentemente legato al fatto di esporsi, di poter essere riconosciuto come utente psichiatrico, prima ancora che come fruitore dei servizi del centro sportivo, e di sentirsi quindi giudicato dagli altri. Ancora, difficoltà ad esporsi vengono testimoniate da un'educatrice, che racconta il caso di un gruppetto di utenti che erano stati invitati ad un torneo di calcio a 5, da un gruppo di giovani di un paese limitrofo, come iniziativa di sensibilizzazione. L'iniziale aderenza, quasi entusiasta, alla proposta, non aveva, però, trovato seguito nella reale partecipazione all'evento; il fatto aveva creato non poche discussioni tra gli operatori accompagnatori. Queste le parole con le quali l'educatrice spiega il suo punto di vista:

*“...e dopo forse era anche troppo presto, cioè non essendo un gruppo formato, mettersi esposti [...] perché comunque era una situazione tanto esposta e forse non erano ancora sufficientemente pronti per affrontare una partita esterna”.*

Anche questa testimonianza dà la misura di quanto, in questo ambito, molto spesso ci siano davvero degli abissi “tra il dire e il fare”, che richiedono una grande capacità di gestione, da parte di chi guida queste persone.

Infine, sono stati evidenziati due grossi ostacoli, che riguardano il pregiudizio, già brevemente accennato poco sopra. Due sono le direzioni in cui agisce: il pregiudizio degli stessi utenti nei confronti dell'AF e il pregiudizio della “gente” nei confronti dell'utilità dell'AF per gli utenti. Nel primo caso, la difficoltà riguarda, fortunatamente, poche irremovibili persone: gli irremovibili, che non si riescono a distogliere da delle idee preconcepite sull'AF, che precludono loro la possibilità anche solo di provare. Si capisce molto chiaramente dalle parole di un'educatrice di un CD, che racconta:

*“...al centro diurno, siccome è un'attività che fa parte proprio del centro diurno, noi non abbiamo il problema di cominciare perché i pazienti vengono già volentieri, però abbiamo il problema che c'è qualche paziente che avrebbe bisogno ma non c'è modo di convincerli a provare...si rifiutano proprio perché vedono l'attività come una perdita di tempo...”;*

Nel secondo caso, forse più grave, il pregiudizio nasce da un concetto di cura più statico, più legato alla presenza di un setting adeguato, meno capace di adattarsi e di andare in contro alle esigenze dell'utente, caso per caso. Una testimonianza, carica di pathos, arriva da

un'infermiera, responsabile del gruppo calcio per la sua struttura: le sue parole mostrano che, un'esperienza positiva come quella vissuta nel contesto di una partita di calcio, può addirittura facilitare l'aderenza alla cura per alcuni utenti, che prendono la terapia anche nello spogliatoio, senza formalizzarsi:

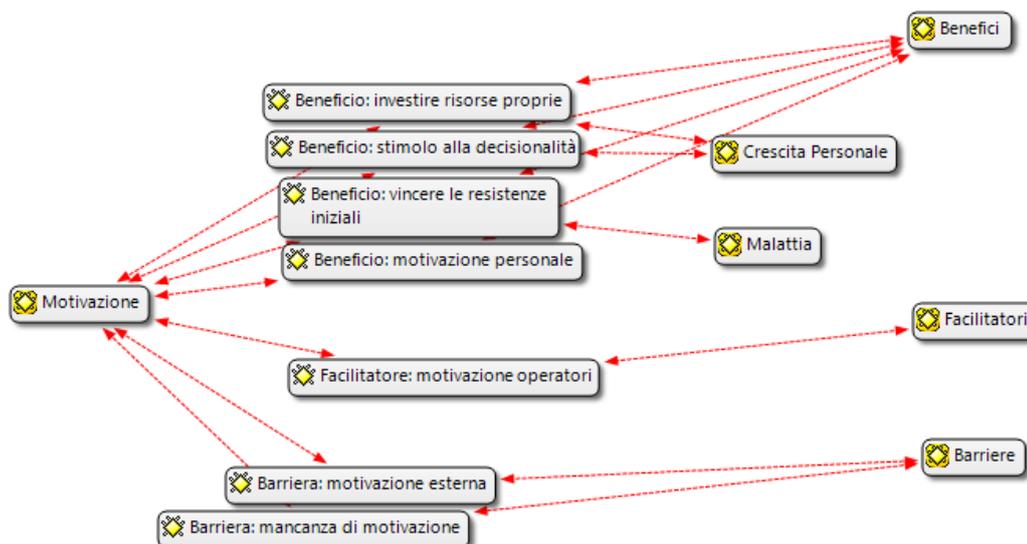
*"...Noi abbiamo pazienti a cui riusciamo a somministrare della terapia e sono in spogliatoio, cioè ci sono dei ragazzi che si fanno fare le terapie e sono in spogliatoio, [...], dopo la partita si fan fare la terapia ...a me non mi cambia niente..."eh ma non c'è il setting"...ma cosa mi importa!! Allora: il ragazzo si cura, sta bene, raggiunge l'obiettivo, non viene ricoverato, ma cosa volete cambia, a voi, se la terapia gliela somministro in spogliatoio e non in farmacia, spiegami...?!"*

Certamente, quindi, consapevoli di tutte le articolate difficoltà che un utente incontra nel provare a mettersi in gioco, non va sottovalutata nessun tipo di richiesta, tanto meno vanno sottovalutate le conquiste che personalmente ciascuno riesce a fare. Come ricorda un'educatrice, quando si propone un'AF, non si tratta mai di un'esperienza banale:

*"...anche perché costa fatica, a loro, mettersi in gioco e muoversi",*

come, del resto, essere fisicamente attivi richiede un impegno e la capacità di mettersi in gioco a chiunque ci si cimenti.

### 7.1.9 Categoria Motivazione



Questa categoria riunisce alcuni aspetti, emersi dalle testimonianze, che mettono in luce come, la *motivazione*, rappresenti un elemento fondamentale per l'AF. Essere motivati nei confronti dell'attività è un aspetto che, certamente, facilita la partecipazione; da solo, però, potrebbe non bastare, soprattutto nel caso degli utenti. La teoria di riferimento, infatti, ha

messo in luce come esistano “gradi diversi” di motivazione (Deci & Ryan, 2000); ciò comporta che quando una persona è intrinsecamente motivata verso un’azione o un comportamento ci sia alta probabilità che lo metta in atto e lo mantenga nel tempo. Generalmente, però, la malattia comporta una grave perdita di motivazione, nella maggior parte degli aspetti della vita della persona, anche per quanto riguarda: la salute, il percorso di cura e la gestione degli impegni ed attività quotidiane. Bisogna, quindi, fare i conti con questa difficile condizione, che fa sì che l’utente abbia continuamente bisogno di essere rimotivato, spinto e sostenuto nell’affrontare una scelta, dalle più banali alle più delicate, come mette in luce un’infermiera di un CD, referente del gruppo di AF:

*“...e poi durante tutto il percorso, noi li vediamo sempre, forse anche perché sono pazienti molto gravi e tanto cronici, dobbiamo sempre continuare a motivarli, a incentivarli, ad aiutarli nel venire, tanto nel momento della proposta dell’attività, che è un’attività nuova, quanto durante il percorso...”*

È un intervento che richiede molta costanza, anche da parte degli operatori, che devono avere, sempre presente, la gamma di possibili proposte da fare all’utente e, al tempo stesso, tenere sotto attenta osservazione ogni fase del suo percorso, in modo da poter calibrare adeguatamente le proposte. Questa operazione, ovviamente, richiede un’alta dose di motivazione anche agli operatori, come già messo in luce da uno degli psichiatri partecipanti:

*“...non sempre è facile, per i vari operatori, trovare il tempo anche mentale, insomma, per cercare di proporre a qualcuno dei loro pazienti (l’attività), per cui bisogna continuare un po’ ad avere delle energie per lavorare su questo, per starci dietro...”*

La mancanza di motivazione negli utenti, inoltre, si traduce, spesso, in atteggiamenti evitanti o “scorciatoie” per non affrontare le fatiche che l’AF comporta. Lo spiega, con un esempio molto calzante, un’esperta esterna, specialista dell’esercizio:

*“... la motivazione...è un po’ quello il problema, che tendono a tirare un po’ indietro, magari qualcuno trova la scusa...ho mal di testa, son stanco, mi siedo un attimo e poi invece è un’ora...”*;

Da un altro punto di vista, l’intervento di sostegno esterno degli operatori, per quanto possa aiutare e sostenere l’utente, non può bastare. Racconta un’infermiere di un suo tentativo, rivolto ad un’ospite della CTRP dove lavora, per tentare di farle capire come far fronte ad un problema di ipertensione recentemente diagnosticato:

*“...le ho spiegato il fatto che il dottore le ha dato la pastiglia da prendere ma le ho spiegato che deve mettersi un po’ più in gioco anche lei...”*

Queste parole non mascheravano, nei toni, una certa frustrazione, ma la ragione per cui questo sostegno esterno, se dato in questo modo, può non risultare efficace, è strettamente legata alla distanza da cui arriva. Alla persona in questione è stata data una spiegazione, certamente utile,

ma comunque distante dal risolvere il problema di alzarsi per andare a camminare, una volta a giorno, a passo spedito, come suggeriva l'infermiere stesso. Perfettamente in linea con quanto dimostrato dagli assunti teorici di questa ricerca, quindi, un intervento esterno, se non è seguito da atti concreti più "cuciti sulla persona", rischia sempre di avere un'efficacia limitata, a seconda del grado di motivazione personale da cui un utente parte. È un'impresa molto impegnativa riuscire a motivare persone che si trovano, molto spesso, in condizioni di mancanza totale di motivazione. Bisogna agire su più fronti, contemporaneamente, cercando di promuovere una presa di coscienza di ciò che piace, di ciò che è utile e benefico. A volte, a seconda del gruppo, si può richiedere anche un investimento di risorse economiche proprie, come racconta un'educatrice in merito ad un'uscita in piscina:

*"...però il gruppo lo ha accettato bene e hanno accettato anche di pagare che era uno scoglio non da niente e diciamo che nessuno si tira indietro a meno che non ci siano proprio problemi gravi...";*

anche in questo caso è importante tenere presente che, l'investimento economico, non diventi discriminante per qualcuno del gruppo. Sottolinea, a tal proposito, una psichiatra:

*"...si perché sarebbe anche un fattore di motivazione e di crescita, di responsabilizzazione, se ci mettessero anche delle loro risorse economiche, però poi ci sarebbe tutta quella fetta di esclusi ...",*

si riferisce, in questo caso, a quegli utenti che, economicamente, non sono autonomi o non hanno abbastanza disponibilità da potersi concedere esperienze extra. Questo aspetto può diventare discriminante in certi casi e non va quindi sottovalutato nella gestione delle proposte di attività.

Quando un percorso ha successo, però, le ricadute sulla motivazione personale si rendono sempre evidenti. Racconta un esperto, istruttore del CAI:

*"...N..., adesso viene al CAI, al tesseramento, vuole partecipare, ha fatto i corsi...quindi si trova bene",*

*"...dopo c'è, posso fare il nome?...uno che tramite facebook mi chiede sempre "ma quando andate via?"...perché adesso lavora e allora vede di poter venire quando può";*

due casi, quindi, due ragazzi giovani, che hanno trovato nel gruppo montagna uno stimolo e un punto di riferimento forte e che, una volta ritrovato uno stato di salute migliore, hanno voluto, autonomamente, continuare a frequentare una realtà così positiva per la loro vita.

Anche il caso di M..., raccontato dal suo psichiatra, colpisce, per la tenacia e la motivazione personale, manifestata da questo utente, nonostante la fatica fisica:

*"...Parlando proprio solo dell'aspetto meramente fisico [...], M..., partecipa al gruppo montagna: lui ad esempio è in sovrappeso e mangia tanto e fa fatica, però il fatto di partecipare a queste attività che è una cosa che gli fa piacere, è un po' da stimolo per*

*cercare di mettersi alla prova, dimagrire,... per cui ci sono state delle volte in cui ha fatto molta fatica e che ci siamo anche un po' spaventati perché era tutto rosso, però poi questo gli serviva da stimolo per cercare d'impegnarsi a stare un po' a dieta, a camminare a fare un po' di movimento...".*

La costanza di M... è stata molto sostenuta dal gruppo e dall'équipe di cura, ma questo è l'esempio concreto, di quanto possa fare la differenza partire da un grado di motivazione personale più elevato. Questo esempio, come quello seguente, mostrano l'effetto di esperienze virtuose, che possono davvero incidere positivamente sulla vita di questa persone. Racconta un educatore:

*"...c'è qualcuno che di recente ha sospeso la terapia perciò è stato dimesso e nonostante tutto continua a partecipare perché dice "mi trovo bene, posso aiutare qualcun altro.."di conseguenza serve assolutamente..."*

In continuità con quanto già esposto, un altro esempio mette in luce quanto si possa stimolare anche la capacità decisionale, e quindi la motivazione personale, proprio attraverso l'AF:

*"...Per esempio, F..., è successo la settimana scorsa che c'era l'uscita del centro diurno e del gruppo montagna e lui ha dovuto fare una scelta, però era combattuto nella scelta ed era dispiaciuto di dover scegliere una cosa e perderne un'altra..."*;

il risvolto positivo viene messo in luce dalle parole di un'infermiera:

*"...però poi nel momento in cui loro decidono, ok va bene, ci sto vengo, poi hai l'impressione tante volte di trovarti una persona diversa di fonte".*

Quando il percorso coinvolge un gruppo, che riesce a diventare davvero affiatato, come nel caso di una delle squadre degli utenti lombardi, a volte, agli operatori, diventa possibile anche osare! Un'educatrice, referente della squadra di pallavolo della sua associazione, racconta questa presa di posizione forte del gruppo operatori, in occasione di un torneo estivo:

*"...noi abbiamo detto...ragazzi quest'anno lo fate tutto da soli" ...e loro:"ma gli operatori non ci sono, noi cosa facciamo...noi non ci divertiamo se voi non ci siete" ...però al di là che hanno avuto un sacco di perplessità...però quest'anno abbiamo detto "se volete andare, anche 2 persone, 3 persone, però quest'anno in autonomia...."*

Questa scelta, che potrebbe sembrare un azzardo, era invece permessa da un grande lavoro di sostegno ed educazione, portato avanti da anni con il gruppo/squadra a cui è stata posta questa condizione. La risposta degli utenti ha anche messo in evidenza il profondo legame esistente con gli operatori, al punto di credere di non divertirsi in loro assenza, come sottolinea un collega psichiatra:

*"...Ti devo fare i complimenti per una cosa, perché questa "protesta" che hanno avuto secondo me è perché voi fate parte del gruppo, e quindi è come lasciare a casa qualcuno..."*,

come lasciare a casa un compagno di squadra, sembra voler dire, quindi, inevitabilmente, un dispiacere.

L'ultimo importante aspetto, da metter in evidenza, sul tema della motivazione, riguarda quanto sono motivati gli operatori stessi. Emblematiche e concise le parole di uno psichiatra, referente di un gruppo montagna, che si rivolgeva ad un infermiere:

*"...Devi essere convinto che sia una bella roba, insomma, su questo non c'è dubbio..."*.

Un altro infermiere, dello stesso gruppo, di seguito, sottolineava quanto sia fondamentale essere veramente motivati rispetto all'attività a cui si partecipa, perché inevitabilmente, soprattutto quando si tratta di AF, ogni parte del corpo comunica ciò che sta provando:

*"...È fondamentale (essere motivati) perché se noi siamo cupi, tristi, loro lo percepiscono, se a noi l'attività non piace, è inutile che vuoi mascherare, se non ti piace... l'altro lo capisce, quindi se tu sei entusiasta nell'attività che stai facendo lo trasmetti, sicché è fondamentale la motivazione..."*;

In ciò che propone, infatti, l'operatore passa inevitabilmente qualcosa di sé, come si evidenzia dalle parole di S..., un'operatrice referente di un gruppo, nel quale, lei per prima, crede moltissimo:

*"...è un gruppo che associa l'alimentazione all'attività sportiva, motoria, e noi puntiamo tanto su questo binomio proprio perché crediamo in questa cosa..."*,

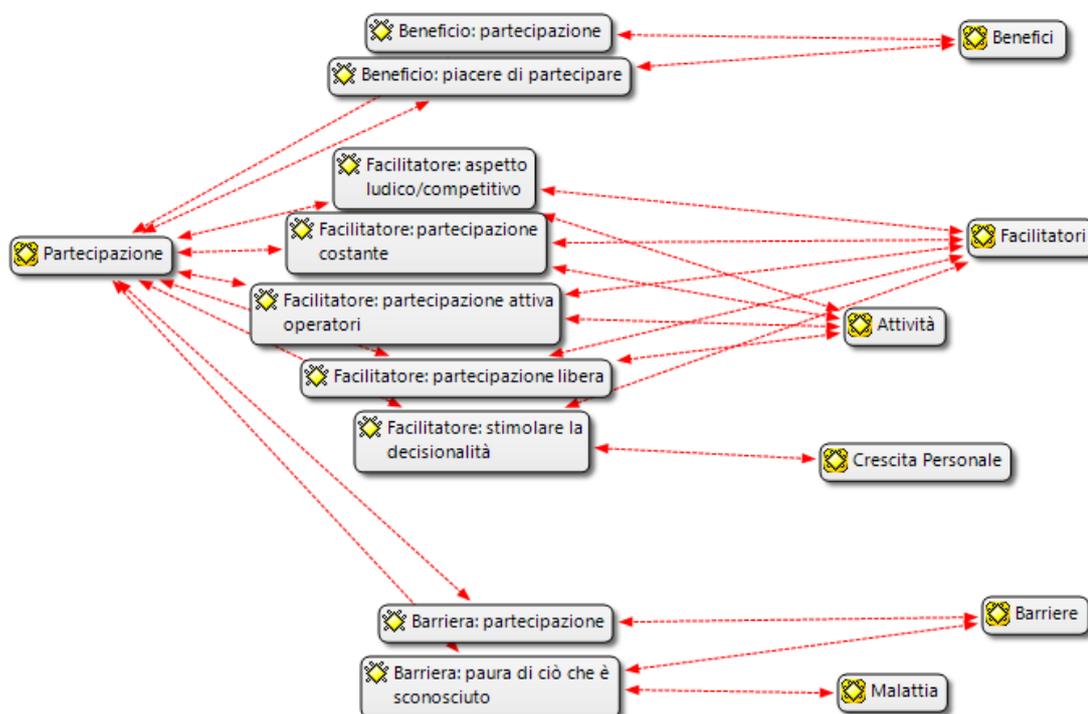
e questo aspetto emerge anche dalle parole di uno psichiatra, referente dei progetti di AF per la sua struttura, che testimonia come, dopo anni di attività, si sia arrivati a mirare ad un salto di qualità grande, di cui si intravede l'utilità:

*"...l'obiettivo, per dire, verso dove vogliamo andare, è quello di fare un giorno alla settimana, che è già individuato nel lunedì, una parte di preparazione atletica comune a tutti i giorni degli sport, per consolidare il gruppo e lavorare sull'aspetto più motorio puro e meno sull'aspetto tecnico dello sport..."*.

Infine, testimonia la sua motivazione personale l'esperta esterna, specialista dell'esercizio che, senza nascondere le difficoltà del gruppo che guida, dice:

*"...io mi diverto davvero con loro, sto bene, quello sì, quindi vengo volentieri, è che delle volte vorresti vedere qualcosa di più... perché so che potrei avere di più da loro e questo di più magari non arriva, quindi bisogna un attimo calibrare bene le attività..."*

### 7.1.10 Categoria Partecipazione



La categoria *partecipazione* raccoglie gli elementi che mettono in evidenza gli ostacoli che gli utenti incontrano nel partecipare alle attività, i benefici che derivano dal prenderne parte e ciò che facilita una maggiore adesione alle proposte di AF. Anche in questo caso, la malattia influenza le scelte degli utenti e le loro capacità. Come già messo in evidenza nella categoria *malattia*, per esempio, grandi difficoltà s’incontrano nell’affrontare situazioni sconosciute. Per quanto la novità attiri e funga da stimolo contro la staticità in cui spesso gli utenti ricadono, ciò che non conoscono richiede sempre uno sforzo in più per essere affrontato. Ecco perché, come testimonia un’infermiera:

*“...Alle volte è un po’ difficile convincere le persone a partecipare...”*.

Anche nelle situazioni più tranquille e note, create apposta per stimolare il confronto e lo scambio libero su quanto vissuto durante l’escursione in montagna, non tutti gli utenti scelgono di partecipare, come racconta un’infermiere del gruppo:

*“...e poi c’è da dire che non tutti i pazienti che fanno l’uscita poi vengono al gruppo, una parte ha scelto di non venire”*.

In altri casi, fortunatamente, il beneficio e la soddisfazione, che deriva dal prendere parte al gruppo di attività, assicurano una buona risposta degli utenti, in termini di presenza costante, come evidenziato dall’esempio seguente:

*“...Vedo che comunque c’è una costanza di partecipazione soprattutto per il gruppo “informale” per cui credo che siano anche soddisfatti di quello che fanno...”*.

Ecco, quindi, che per facilitare la partecipazione, gli operatori, spesso, mettono in atto una serie di strategie ed accorgimenti, che mirano a coinvolgere gli utenti con la massima cura possibile:

*“...Quindici giorni prima si fa un gruppo un po’ per riprendere l’uscita precedente e quindi parlare un po’ anche dei vissuti, rivedere anche qualche foto, e si descrive un po’ anche l’uscita successiva, quello che si andrà a vedere, è un gruppo un po’ informale, non è che ci sia un setting particolare, ci troviamo in una sala gruppi del day-hospital territoriale...”*.

Come racconta questa infermiera, in un contesto informale, si crea un’occasione d’incontro, organizzata appositamente per gli utenti, nella quale si può rivivere l’esperienza vissuta insieme e si cerca di coinvolgerli e renderli partecipi alla preparazione della nuova uscita. In un altro gruppo montagna si verificano situazioni molto simili: quando è ora di scegliere l’itinerario per la nuova escursione, l’esperto esterno, guida del gruppo, prepara alcune proposte, calibrate per gli escursionisti-utenti, che vengono coinvolti personalmente nella scelta, durante un incontro informale, che si svolge con modalità molto simili a quello narrato al precedente esempio.

*“...Io gli propongo due tre itinerari e poi là, insieme, valutiamo quello che i pazienti preferiscono anche su mio consiglio...”*.

È il piacere di partecipare, infine, che facilita maggiormente una presenza costante degli utenti, elemento che ci fa ripensare anche agli esempi citati parlando di *enjoyment*. La voglia di partecipare è, certamente, specchio del piacere e del benessere che ne derivano, che, a loro volta, alimentano anche la motivazione intrinseca. Diversi, anche in questo caso sono gli esempi:

*“...però in realtà sono pazienti che vengono volentieri e che non mancano mai alle attività, pur con una presenza magari tante volte anche silenziosa, quindi di sicuro hanno dei benefici enormi, perché partecipano...”*,

*“...i pazienti volentieri partecipano e ti chiedono e la prossima uscita? dove andiamo? cosa facciamo?”*,

*“...Il fatto stesso che loro ritornino la volta successiva è già positivo, e con la curiosità di dove andiamo, cosa facciamo...”*.

L’ultimo aspetto facilitante, che va evidenziato, in merito alla partecipazione, riguarda l’accessibilità delle attività anche per coloro che, trovandosi in buone condizioni di autonomia, magari conciliabili con un’attività lavorativa, desiderano continuare a frequentare il gruppo di AF, anche al termine di un percorso riabilitativo:

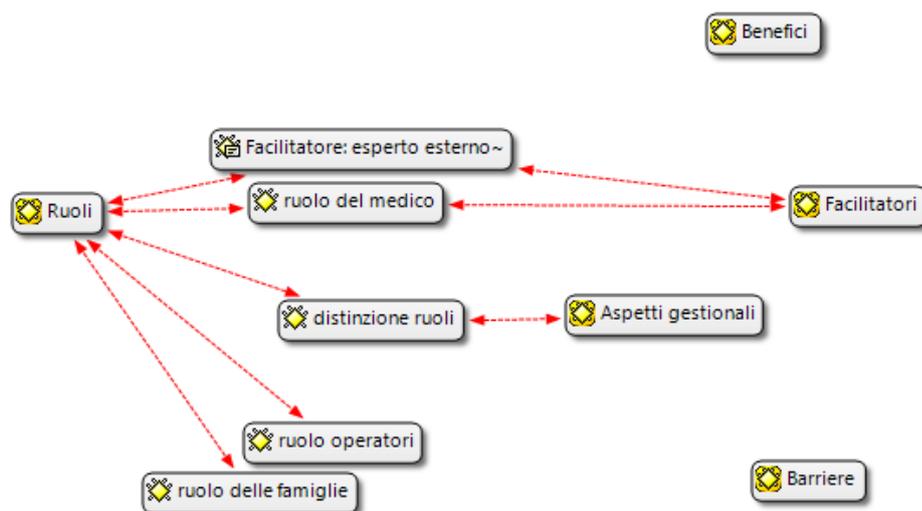
*“...permettendo anche a chi lavora o altro di poter partecipare e di non uscire necessariamente dal gruppo e dalla rete, perché fa dei passi, perché in molti c'è il piacere di riuscire a continuare e passare avanti”.*

Come mette in luce un'infermiera, la ricerca di autonomia è direttamente connessa alla ricerca di un impiego, anche per molte di queste persone. Ecco, quindi, che nel gestire e proporre anche i programmi di AF, non si può perdere di vista le ricadute positive che queste proposte possono veicolare in questa direzione, come verrà messo in evidenza nella prossima categoria.

Riporta l'infermiera:

*“...I pazienti la prima cosa che ti chiedono è lavoro. Quella è la cosa a cui sono sempre interessati. Per quanto riguarda tutte queste attività fisiche...lo si fa anche nella speranza che qualcuno sua “sponte” si iscriva alla voga, al Cai, magari anche in 2 o 3 e che poi prendano un percorso anche autonomo, questa sarebbe la cosa importante...”.*

### 7.1.11 Categoria Ruoli



La categoria *ruoli* è nata dall'esigenza di riunire quegli aspetti che riguardano le caratteristiche delle diverse figure citate nelle testimonianze, a prescindere dalla classificazioni in sottocategorie, adottate nell'analisi. In questo caso, infatti, solo un elemento, che verrà presentato in coda agli altri, può essere considerato un facilitatore dell'AF: la figura dell'esperto esterno. Tuttavia, è stato necessario mettere in evidenza il tema della distinzione dei ruoli e i ruoli stessi, svolti dai medici curanti, dalle famiglie e dagli operatori, secondo le diverse caratteristiche che vengono loro attribuite.

La distinzione dei ruoli, come già emerso da alcuni esempi riportati nella categoria degli *aspetti gestionali*, riguarda, soprattutto nell'ambito dell'AF, quelle situazioni in cui gli operatori si trovano nella posizione ambivalente di curanti e di accompagnatori, che

condividono l'esperienza con gli utenti. Molto spesso, queste situazioni, si verificano perché gli operatori si mettono a disposizione proprio nelle attività in cui credono maggiormente e sono quindi disposti ad investire anche più energie, per coinvolgere gli utenti, portando, nell'esperienza, anche qualcosa di sé, come testimonia la referente del gruppo di voga veneta:

*"...Praticamente sono due imbarcazioni, per ogni imbarcazione ci sono quattro utenti e due maestri, quindi io faccio l'operatore e anche il maestro, perché sono socia della Remiera; effettivamente, nel progetto ho portato un po' del mio, quindi è quello che mi dà un po' più di soddisfazione..."*

Un altro esempio arriva da un educatore, che racconta come vengono gestite le attività sportive del suo gruppo (già incontrato, in versione ridotta):

*"...Nel caso del calcio, sono io il referente, allenatore è una parola grossissima, anche perché mi limito a fare i cambi, a dire passa, non passarla, tira; mentre per la squadra di basket c'è un infermiere del CSM di Gorizia che partecipa e appoggia l'allenatore che è un paziente, [...] e per la squadra di pallavolo ci sono io e l'infermiera che è con me, M..., che è l'allenatrice."*

Succede frequentemente, quindi, che gli operatori si trovino a vestire anche i panni di allenatori, senza avere la possibilità di essere affiancati da una figura più competente e investita solo di quel ruolo. Devono, quindi, mettere in campo tutte le loro abilità e competenze sportive/motorie e al tempo stesso relazionali per gestire questa duplice funzione; come si faceva notare poco più su, comunque, questo aspetto è agevolato, molto spesso, dalla passione e dalla relazione di confidenza con gli utenti e i colleghi. Anche quando si parlava di "clima familiare" che gli operatori riescono a creare, infatti, si faceva riferimento a queste dinamiche relazionali per cui, in certi casi, la grande confidenza tra gli operatori porta gli utenti a sentirsi quasi "in una famiglia", più che in un'associazione o in gruppo di AF.

*"... la grande amicizia che ci lega ci ha portato a fare questa cosa insieme, partendo in questo modo l'associazione è diventata una famiglia, cioè i ragazzi vengono con noi dicendomi... F..., per capire, mi chiama sorellina, per lui sono sua sorella."*

In altri casi, invece, secondo altri punti di vista, questa vicinanza con l'utente può risultare pericolosa o rischiosa, come sottolineava uno psichiatra, rimarcando, infatti, la necessità di mantenere ben distinti i ruoli di curanti e accompagnatori. Questo aspetto, quindi, maschera pro e contro: da un lato, condividere la fatica e gli obiettivi, come succede nell'AF, permette di approfondire la conoscenza e rinforzare la relazione di fiducia in modo autentico. Dall'altro lato, però, questo tipo di condivisione "spalla a spalla", tipica dell'AF, espone l'operatore ad una prossimità che deve essere in grado di gestire, con limpidezza. Ecco perché rimangono opinioni contrastanti; anche se, la maggioranza degli intervistati, sostiene l'idea che l'utente abbia sempre ben presente quali siano i ruoli, quali le figure di cui si può fidare, quali i suoi

punti di riferimento. Per quanto riguarda la distinzione tra famiglia, medico e operatori, invece, diversi esempi mettono in luce le differenze esistenti tra queste figure. La famiglia, in sostanza, gioca un ruolo che può essere ambivalente: di sostegno o di ostacolo. L'atteggiamento e la disponibilità dei familiari può influenzare, moltissimo, la reale possibilità dell'utente di prendere parte ad iniziative come quelle di AF, come emerge dalle seguenti parole, di un infermiere:

*“...Là dipende anche, secondo me, dalla famiglia, quanto supporta i pazienti o meno, cioè quanto ci credono i familiari nell'attività...perchè è successo che una paziente non è più venuta ma per i familiari, non per scelta sua...”.*

Anche il medico, tanto quanto la famiglia, risulta una figura chiave, soprattutto per motivare l'utente e convincerlo dell'utilità della proposta. Questo aspetto emerge, in particolar modo, quando il supporto del medico viene a mancare, o la proposta di attività non viene accompagnata anche dalle parole del curante, come sottolineano alcune testimonianze:

*“...quando vediamo che la situazione è caldeggiata dal medico abbiamo anche dei buoni risultati e invece quando manca questa parte qua, non viene recepito come una cosa che mi può servire proprio per... e allora li ... queste persone poi le perdiamo per strada”;*

anche le seguenti parole mettono in luce il ruolo preponderante del medico nell'indirizzare gli utenti verso un'attività:

*“...Comunque i pazienti sono inviati dal loro medico referente, non è che chi vuole partecipa, sono stati individuati dal medico referente e inviati al gruppo montagna.”*

Questo aspetto sottolinea, in maniera emblematica, quanto sia fondamentale sentire che l'AF, come le altre forme di terapia, sia sostenuta e spalleggiata dalla figura cardine dell'équipe di cura. Resta comunque il fatto che, la proposta di attività, viene gestita da tutta l'équipe, cercando di spalleggiarsi l'un l'altro in questo compito, come già emerso in precedenza:

Domanda intervistatore: *“quindi è sempre chi ha in carico il paziente che propone l'attività?”*

Risposta Infermiere CD: *“No, diciamo sarebbe di più il nostro medico responsabile che propone questo...e (la proposta viene fatta) anche da parte nostra di infermieri”.*

Il ruolo degli operatori, quindi, è davvero articolato e richiede una grande capacità di collaborazione e comunicazione tra le diverse figure, per garantire la migliore assistenza agli utenti. Gli operatori, infatti, in tutto ciò che fanno, sono da esempio per gli utenti che si affidano a loro. Inoltre, possono influenzare moltissimo le loro scelte e i loro atteggiamenti. Sottolinea uno psichiatra, in merito alle attività di un gruppo montagna:

*“...Rendere divertente (la proposta) dipende molto anche dall'operatore, cioè se tu non la fai vivere come una fatica ma come un divertimento, dipende moltissimo dagli operatori...”.*

L'operatore, poi, solitamente è il primo ad incontrare l'utente e, certamente, è la figura con la quale l'utente ha maggior contatto; ecco perché è così fondamentale che egli sappia cogliere i momenti e le modalità con cui informare l'utente delle iniziative possibili. Ne riporta un esempio lo stesso educatore di cui sopra, referente di un gruppo calcio:

*"...Secondo me, a un ragazzo, la prima cosa (da dire) deve essere questo: "oh, il martedì c'è questa cosa qui...ti andrebbe di provare?!".*

L'informazione e le proposte, quindi, passano per le mani degli operatori, che si tratti di un'attività interna alla struttura, esterna, in appoggio ad un'associazione o in qualsiasi altra modalità. Inoltre, buona parte del lavoro, l'operatore la svolge al fianco dell'utente, accompagnandolo e sostenendolo durante l'attività stessa, condividendone le difficoltà e gli aspetti piacevoli.

*"...dal punto di vista della socializzazione diciamo che loro sono un gruppo abbastanza affiatato, non ci sono sottogruppi, quindi non ho trovato problemi da questo punto di vista e le operatrici devo dire che mi hanno aiutata tanto",*

in questo caso l'abilità degli operatori sta nel mantenere coeso il gruppo, sostenendo e facilitando anche il lavoro dell'esperto esterno.

Infine, due aspetti importantissimi che evidenziano quanto, anche l'operatore, sia certamente una figura chiave nella gestione delle proposte di AF. Il primo aspetto riguarda il monitoraggio che gli operatori, proprio per la loro vicinanza agli utenti, possono realizzare, per dimostrare l'utilità delle proposte, come racconta un'infermiera:

*"...L'abbiamo monitorata appositamente perché il nostro primario, per consentirci di fare questo, voleva sapere che risultati ci fossero e quindi noi, per dimostrarli che il risultato c'era, abbiamo dovuto monitorare la situazione se no, altrimenti, c'avrebbe stoppato".*

Questo lavoro, però, ha aggiunto, soprattutto, un grande valore e ha dato visibilità e maggior rigore alla proposta, introducendo un approccio più "scientifico". Il secondo e ultimo aspetto riguarda, invece, l'influenza, inevitabile, dell'atteggiamento dell'operatore sul comportamento dell'utente, come già evidenziato nel corso dell'analisi:

*"...credo che quello che pensiamo noi possa anche suggestionarli, credo. Io per primo, piuttosto di andare in una palestra così piccola, mi viene da dire piuttosto non faccio niente, sinceramente...".*

Ecco perché la relazione con l'utente richiede sempre molta attenzione e cura. Di conseguenza, è chiaro anche perché l'operatore abbia una grande responsabilità nel percorso riabilitativo dell'utente, essendo testimone, in primis, del suo stile di vita.

A chiudere la categoria troviamo gli aspetti relativi alla figura dell'esperto esterno, come anticipato all'inizio. L'esperto esterno è, solitamente, una persona con delle competenze

specifiche in ambito motorio, che si rende disponibile per condurre un gruppo di AF, in un contesto particolare come quello della psichiatria. È, certamente, una persona con elevata professionalità, con una sensibilità particolare per le problematiche psichiatriche, e in grado, anche, di accoglierne le stranezze e di gestirne l'imprevedibilità. Questa figura affianca l'équipe dei curanti, con i quali collabora per la realizzazione delle proposte di attività, e con i quali mantiene un confronto costante in merito agli utenti. Questi ultimi, dal canto loro, considerano questa figura come un altro punto di riferimento, alla pari degli operatori, e apprezzano molto la sua presenza. Uno psichiatra presenta con queste parole l'esperto di montagna del suo gruppo:

*"...O... è un volontario ex-infermiere, appassionato di montagna, che ci accompagna, che organizza e che c'è dall'inizio...è iniziata con lui (l'attività) e non solo è colui che organizza ma è anche un punto di riferimento per tutti gli aspetti tecnici.*

Un'infermiera, di seguito, testimonia anche il suo punto di vista, su questa figura, così importante per il gruppo:

*"...a me viene da dire che, anche se è da poco che sono entrata nel gruppo, sapere che c'è O... che ci accompagna, per me è importante, vado ad occhi chiusi, perché mi fido, perché so che è una persona competente; penso che per loro (gli utenti) sapere che ci siamo noi, che c'è lo Psichiatra, che c'è l'esperto...una volta che è successo che non è andato...chiedevano come mai non ci fosse..."*,

e anche un collega conferma:

*"...Comunque O... è un'istituzione, perché già era infermiere qui e poi esperto di montagna per cui è un punto di riferimento per tutti, operatori e pazienti"*.

Un altro esperto esterno, guida alpina, volontario per l'altro gruppo montagna, testimonia, in questo esempio, l'attenzione che dedica al momento di preparazione dell'escursione:

*"...io cerco di proporre degli itinerari, perché è difficile trovare itinerari che siano belli, non faticosi, appaganti,... delle volte l'itinerario è un po' più lungo e si fa un po' più fatica, però sono convinto che quelli più difficoltosi restino di più..."* ,

e dimostra, di seguito, anche lo spirito con cui partecipa alle escursioni:

*"...dopo, quello che a me ha dato la montagna cerco di trasmetterlo, ... perché sono tanto appassionato e l'entusiasmo cerco di trasmetterlo, quello che ho provato io e che provo io "*.

Questa capacità di trasmettere ciò che prova è, certamente, un punto di forza di questo esperto, che viene messa in luce anche da un infermiere, che partecipa allo stesso gruppo, che commenta:

*"...quando uno ama quello che fa sicuramente trasmette questa cosa e noi lo vediamo con F...(esperto di montagna), come lo vediamo con altri...io conosco la signora che*

*insegna yoga al CSM di Marghera, sono persone che trasmettono talmente tanto quando insegnano queste cose che poi creano anche il gruppo”*

Nel caso delle associazioni, comunque, la tendenza è sempre quella ad avvalersi dell'intervento di esperti esterni, ovvero, allenatori qualificati. Talvolta si tratta di persone che offrono il loro servizio al gruppo, quindi volontari; altre volte sono insegnanti regolarmente retribuiti. In qualche caso, inoltre, questi esperti si rendono anche disponibili a formare una persona del gruppo: una specie di trapasso di nozioni o, ancor meglio, una condivisione dei “trucchi del mestiere”. Anche in questo caso non si tratta di azioni sporadiche ma, piuttosto, di un percorso formativo, concordato con l'équipe di cura, volto all'acquisizione di competenze ed autonomia:

*“...c'è un educatore che va con i ragazzi in piscina, dove abbiamo un ragazzo, che è un nostro paziente, che aveva fatto il corso di assistente bagnanti, e lui insegna anche ai nostri ragazzi con un istruttore della piscina”,*

*“...il mercoledì c'è acqua-gym e anche li andiamo in una piscina esterna e c'è una ragazza esterna che insegna acqua-gym ad un gruppo abbastanza femminile; il giovedì c'è l'attività di judo e anche li abbiamo un istruttore esterno, un maestro di judo, un signore bravissimo”*

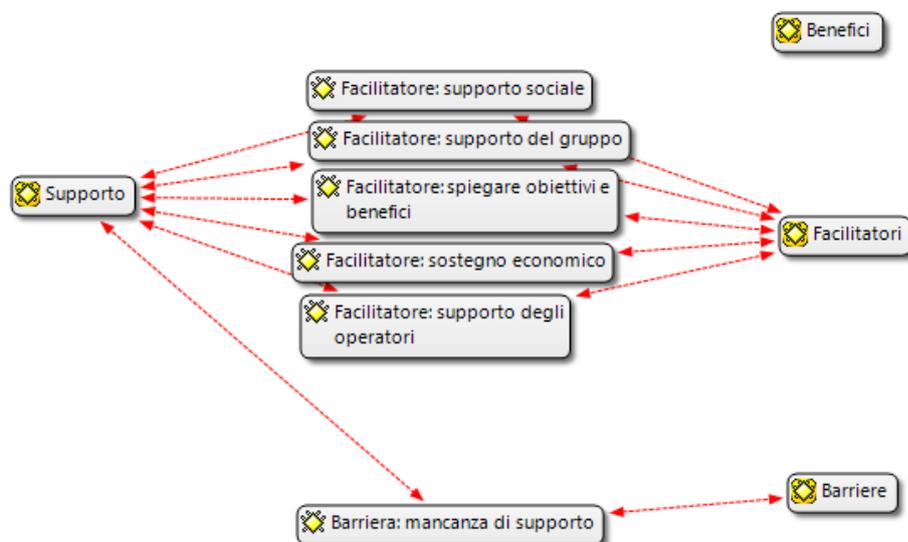
*“...per l'attività di calcio abbiamo sempre avuto un allenatore esterno, un signore, adesso c'è un nostro ragazzo che per un po' di anni ha affiancato l'allenatore e adesso è lui l'allenatore ufficiale; per la pallavolo abbiamo un allenatore esterno però anche lì c'è già un nostro ragazzo che lo affianca, e organizza comunque tutto lui...”*

L'esperto esterno, comunque, rimane una figura che fa la differenza, proprio per le sue competenze specifiche. Egli è in grado di modulare l'attività a seconda delle esigenze del momento, è in grado di cogliere le esigenze e le necessità primarie del gruppo, come del singolo, e può, quindi, condurre l'attività con adeguata padronanza. Infine, quanto più sa andare incontro all'utente, tanto più alta è la possibilità che le sue proposte vengano accolte e si realizzino con successo. Eccone due esempi:

*“...poi, quest'anno, ho cercato di fare anche qualche proposta diversa tipo l'hockey, per incuriosirli, per motivarli” (esperto esterno, specialista dell'esercizio);*

*“...l'importanza anche che ci fosse una persona che è esperta del Nordic Walking, che ha spiegato lo stretching, che ha spiegato il discorso della muscolatura, come si muove, ... è stato molto interessante...”*

### 7.1.12 Categoria Supporto



Un'altra importante categoria, individuata nell'analisi, riguarda l'aspetto del *supporto*, ovvero: tutti gli elementi relativi alle azioni di sostegno all'AF. L'unico ostacolo, in questa categoria, è stato identificato nella mancanza di supporto, che si è tradotta in: mancato supporto del medico nella prescrizione dell'attività, mancanza di sostegno da parte del coordinamento delle associazioni, mancanza di condivisione e attenzione da parte delle istituzioni, mancanza di ascolto da parte delle amministrazioni e mancanza di attenzione da parte di chi conduce un'attività nei confronti degli utenti. Diverse sfumature, quindi, di uno stesso grave problema, che, invece, rappresenta un elemento determinante nel percorso riabilitativo. Ci sono molti modi di supportare un'attività, dai più pragmatici:

*"...La benzina è dell'azienda, i pulmini sono dell'azienda ospedaliera... Che non è poco!"*,

*"...Come strutture noi non paghiamo nulla, perchè siamo riusciti a trovare...paghiamo soltanto quando fanno delle partite di campionato per il calcio, paghiamo il campo di calcio!...però la palestra dove facciamo pallavolo è gratuita, perciò possiamo permetterci di non chiedere troppi soldi..."*,

*"...ci forniscono gli spazi, spesso e volentieri anche i rinfreschi e fanno anche il tifo...meglio di così?!!!"*;

ai più tecnici, come quando un esperto spiega l'attività che propone in modo che tutti possano capirne le difficoltà, i benefici, i vantaggi:

*"...io ho visto proprio il fatto di proporre cose nuove e che venga spiegato, ogni volta, quello che viene fatto, dove va ad incidere l'esercizio,...a loro è servito tantissimo secondo me, perché capiscono quello che stanno facendo e lo fanno volentieri"*,

*“... hanno chiaro quello che vanno a fare e anche il beneficio che ne traggono”.*

Questo modo di porsi e di proporre l'attività, da parte dell'esperto, è stato definito estremamente benefico e facilitante, da diversi operatori, che l'hanno descritto come un intervento di supporto che fa la differenza:

*“...si proprio il fatto che gli venga spiegato quello che viene fatto e il beneficio che porta al fisico, secondo me è stato proprio il saltino in più che li ha fatti venire volentieri ...”.*

I principali responsabili degli interventi di supporto, comunque, sono certamente gli operatori sanitari. Le loro “azioni di supporto” prendono le forme più svariate: dal contattare gli utenti telefonicamente, per ricordare l'escursione, al fare le squadre per il momento competitivo, all'affiancare l'utente durante un momento difficile dell'attività, e molto altro.

*“...Noi telefoniamo tutte le volte e anche quella è un'insistenza, non so cosa succederebbe se non chiamassimo...”*,

*“...Però ci crediamo molto più noi operatori nelle capacità dei pazienti rispetto ai familiari, io ho sentito, per esempio, qualche volta, che il paziente è venuto perché c'era l'operatore, perché anche il paziente sapeva che c'era l'operatore...se fosse stato per il familiare...”*,

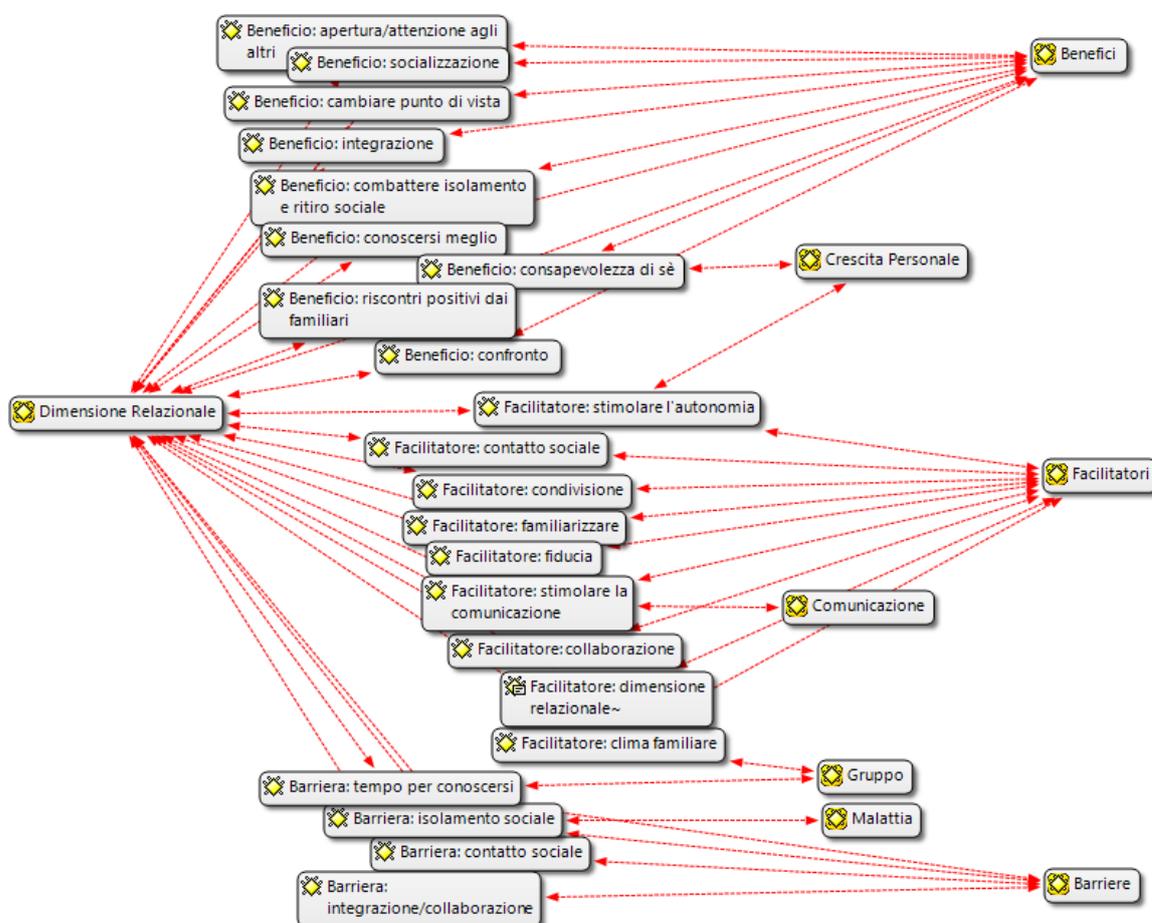
*“...A me una volta è successo che un paziente mi ha detto “per fortuna che ci sei tu“! E io non è che faccia chissà che cosa...”*,

*“...Allora il più delle volte succede che c'è magari un paziente che si trova in difficoltà. Ecco. Sapere che c'è l'operatore che è sempre lì pronto ad aiutarlo e magari a fare tutto il percorso di ritorno a ritroso, mano nella mano, lungo il sentiero,... già questo è qualcosa che ci fa capire che loro hanno bisogno di noi, e che loro si fidano...”*.

Infine, l'ultimo esempio, già incontrato, per mettere in luce, una volta in più, come, anche il gruppo di utenti che partecipano ad una stessa attività, possa diventare fonte importantissima di aiuto e supporto, che rende capaci di compiere ciò che da soli non si oserebbe affrontare:

*“...quella volta che abbiamo fatto rafting, molti non volevano, quindi anche il fatto di farsi coraggio l'un con l'altro, alla fine sono riusciti tutti quanti e tutti anche molto soddisfatti; ecco queste sono delle cose che magari da soli loro non riuscirebbero mai ad affrontare”.*

### 7.1.13 Categoria Dimensione relazionale



Presentiamo per ultima la categoria *dimensione relazionale*, la più ricca di tutte le categorie. Riunisce, infatti in sé, il maggior numero aspetti rilevanti, sempre suddivisi nelle tre sottocategorie; ma i suoi contenuti sono, in parte, già emersi, perché condivisi e collegati a diverse altre categorie: *malattia*, *gruppo*, *percorso di crescita* e *comunicazione*. La dimensione relazionale, infatti, riguarda la funzione che svolge l'AF nel far mettere in relazione le persone, con sé stesse e con gli altri. Come già messo in evidenza nel corso dell'analisi, però, alcune caratteristiche della malattia ostacolano pesantemente il contatto con gli altri. Ecco perché, uno dei principali scogli da affrontare, è rappresentato proprio dal così detto "contatto sociale". A volte l'incontro con gli "altri" della società, crea disagio, suscita resistenze e vergogna, e gli utenti possono manifestare una certa resistenza ad esporsi. Racconta un infermiere di come, talvolta, nel suo gruppo sia più gradita una semplice uscita in ambiente naturale, dove il contatto con gli altri possa essere limitato e mitigato da spazi molto aperti:

*“...per esempio, con una passeggiata come oggi, loro si sentono meno sotto osservazione delle altre persone perché siamo stati anche in mezzo alla natura e è diverso; e vengono anche volentieri, però lo scopo è di incentivare anche il contatto con le altre persone, non solo quello di portarli fuori, ...”*:

come evidenzia chiaramente l’infermiere, alla fine della testimonianza, però, l’AF ha anche lo scopo di far incontrare gli altri, basti pensare al gruppo di attività o alle squadre che s’incontrano ad un torneo sportivo. Anche in questo caso, quindi, si tratta di saper riconoscere i tempi, guidando il gruppo ad una graduale apertura all’esterno.

Un altro aspetto, difficile da gestire, riguarda l’integrazione tra i partecipanti ad un’attività. Come già emerso nella categoria *gruppo*, non è facile far entrare in contatto tra loro persone che tendono a mostrarsi chiuse in loro stesse. Ciò comporta, spesso, lunghi tempi di conoscenza e costanza e regolarità negli appuntamenti. Un’infermiera racconta le difficoltà a legare, tra i componenti del loro gruppo di attività, provenienti da due diversi CD:

*“...In realtà i pazienti, trovandosi solo una volta a settimana, secondo me ancora adesso non si sono del tutto o tanto amalgamati, va un po’ meglio, la differenza si vede sempre meno, anche se c’è ancora. Per esempio, quando loro devono fare un esercizio di coppia tendono a scegliersi tra centro diurno; quando, alla fine, noi facciamo il gioco della pallacanestro, dove si nominano due capitani e i capitani si scelgono i componenti della squadra, hanno iniziato un pochino adesso ad essere un po’ più misti, ma fino all’anno scorso si vedeva di più questa differenza...”*

In altre parole, è l’isolamento sociale, legato alla malattia, che rende difficile il contatto con gli altri, che fa allungare i tempi necessari per conoscersi e che rende, quindi, lenti anche i processi di integrazione in un gruppo. A mettere ancora più in evidenza l’utilità dell’AF, questa volta, ci pensa un’infermiera, che racconta il caso di un utente con un grave stato di ritiro sociale, con il quale, però, l’AF si è dimostrata la chiave di volta per farlo uscire dalla sua chiusura in sé stesso:

*“...lui viene, [...] sta sempre ritirato in un angolino per conto suo, però negli ultimi tempi accetta che le persone si avvicinino, anzi a volte è lui a dire guarda c’è posto anche qui, quindi sono piccoli progressi, ma per lui come paziente sono progressi enormi...”*,

sempre parlando della stessa persona, poi, aggiunge:

*“...Anche se è avanti con un gruppo, aspetta gli altri, oppure quando manca qualcuno è lui attento a dirlo, per cui questi piccoli segnali ti fanno capire che comunque lui è presente nel gruppo...”*.

Per certe persone queste occasioni possono dimostrarsi anche le uniche in cui mettere piede fuori di casa, come nel caso di G..., un altro utente che frequenta il gruppo montagna:

*“...Ad esempio c’è un paziente, G..., che partecipa anche lui al gruppo montagna e quando sentiamo la mamma è ben felice che venga perché è l’unico giorno in cui esce, si muove, se no è sempre ritirato in stanza”*.

*“...secondo me il beneficio è più dal punto di vista psicologico [...] in questo momento qua, l’attività fatta così, serve per portarli all’esterno, fargli vedere anche il mondo, per fargli capire anche il contatto con l’esterno...”*

L’AF rappresenta, quindi, un’opportunità importantissima per uscire dal proprio ritiro, incontrare altre persone, incontrare altri utenti che condividono le medesime difficoltà, andare fuori da quei luoghi, come la casa o la stanza, che diventano nidi o tane in cui rifugiarsi dal mondo. Un esempio già citato nell’analisi, sottolinea in maniera molto chiara questi meccanismi:

*“...i ragazzi molte volte tendono a chiudersi, quando vedono un problema, si rendono conto di essere in difficoltà, tendono a chiudersi magari in casa, questa opportunità li porta fuori, e fa vedere altre persone con gli stessi problemi”*

Lo stesso educatore poi riporta l’esperienza di un utente, un ragazzo che in passato gli aveva confessato di “essersi sentito l’unico” ad avere quei problemi, mentre, grazie all’esperienza del calcio, si era reso conto di non essere il solo, ma anzi, di essere uno fra tanti. Questa constatazione aveva fatto crescere in lui la voglia di continuare a mettersi in gioco, invece di rinchiudersi in sé stesso (cat. *ambiente*). Come evidenzia uno psichiatra, infatti, questo tipo di esperienze facilitano l’incontro e il confronto con gli altri, nonché facilitano il cambiamento dei punti di vista, proprio grazie ad un approfondimento della conoscenza delle persone e delle situazioni.

*“...Trovo che siano delle attività estremamente utili perché non solamente permettono l’integrazione ma anche il confronto con un ambiente differente e con un gruppo diverso”*

Anche un’infermiera sottolinea come, da un punto di osservazione fisso, quale il reparto di psichiatria dove lavora, gli aspetti che si possono cogliere della persona risultino molto limitati. Invece uscire, trovarsi in luoghi e situazioni diverse, sempre grazie all’AF, le ha permesso di rivalutare le reali capacità di molti utenti:

*“...io per esempio sono sempre qui in reparto e vedo il paziente grave e mai avrei pensato che potessero fare attività così; e invece ho visto che ci sono dei pazienti che riescono a fare quest’attività bene e quindi ci permette anche di conoscerli meglio...”*

Anche condividere un pezzo di strada, camminando insieme, può diventare una ricchissima occasione di scambio e conoscenza:

*“...Poi dopo vengono fuori anche tanti discorsi che permettono di conoscere più a fondo le persone perché a volte ti trovi a fare anche un tratto di strada all’interno del pulmino o proprio camminando e ci si racconta, le cose, la vita, i problemi, per cui si...sono delle buone esperienze, io penso, per noi ma anche per loro...”*

Per gli utenti che partecipano, inoltre, si tratta di una concreta occasione di socializzazione: con il gruppo di attività...

*“...Poi escono, socializzano tra di loro...noi incontriamo anche altri gruppi, non sono solo i nostri, perché viene anche un gruppo da Galliera, quindi socializzano anche con altre persone, conoscono altre persone, magari qualcuno si conosce già, vedono altra gente...”*,

con un compagno in particolare:

*“Alessandro, che ha fatto il gruppo della voga, ha socializzato con un ragazzo, uno del gruppo di Marghera e ogni tanto si trovano e vanno fuori insieme...”*,

o anche con altre realtà, simili o diverse, accomunate da uno stesso elemento: l'AF

*“...poi come attività: la squadra di basket partecipa ad un torneo regionale, che comprende la squadra di Trieste, la squadra di Udine e più, se non ricordo male, altre 9 realtà di Trieste, che però non hanno nulla a che fare con la salute mentale...”*.

Quest'ultimo esempio evidenzia una bellissima collaborazione tra squadre di utenti della psichiatria e squadre amatoriali, che decidono di giocare insieme. Si tratta di una autentica testimonianza di apertura e di collaborazione, per abbattere le barriere del pregiudizio. Lo sport, in questo ambito, ha, infatti, un potenziale elevatissimo. Come evidenzia un altro partecipante al focus:

*“...può essere tranquillamente un bel modo di fare sport anche per molti volontari, per molte persone che hanno smesso o altro, se chiaramente gli possiamo rendere più facile anche a loro l'accesso in orari adeguati...”*.

Certo, perché questi progetti funzionino, è richiesto un grande lavoro, soprattutto agli operatori sanitari, i quali, a volte, desidererebbero migliori condizioni in cui portare avanti queste iniziative. Lo testimonia, lapidario, un educatore:

*“...a me basterebbe una maggiore collaborazione, in tutte e tre le realtà, sicuramente sarebbe meglio.”*

È, quindi, di maggior condivisione e collaborazione che c'è bisogno. Solo dando visibilità a queste attività ed iniziative e coltivando il dialogo ed il confronto con altre realtà simili e con i territori locali dove ognuno opera, è possibile espandere le proposte e renderle fruibili per tanti.

Uno psichiatra racconta la sua esperienza positiva con il gruppo di associazioni partecipanti al torneo e l'obiettivo che accomuna tutti:

*“...abbiamo discreta facilità nel contesto locale e in quelle che sono le relazioni tra di noi, una volta agganciatisi; perché con le realtà con cui si mantiene il contatto, [...] abbiamo costruito piccole cose che però sono rimaste impresse e durature...”*,

e poi aggiunge come sia fondamentale:

*“...dare sempre più visibilità alle attività che si fanno e a quelle che si sta cercando di fare, per permetterci di integrarci ancora meglio in quella che è la rete anche nazionale che stiamo conoscendo...”.*

Infine, un infermiere mette l'accento su un aspetto importante e delicato, già emerso nel corso dell'analisi: il bisogno di avere collaborazione e sostegno, prima di tutto, nel proprio ambiente di lavoro, tra colleghi, nell'équipe e nella struttura. Lo spunto da cui parte è la riflessione, di una collega, in merito al divertirsi proponendo le attività sportive:

*“...Mi viene in mente solo che questa cosa del divertimento che dicevi accomuna tutti quanti, quindi non è alla gente che può essere il familiare, il cittadino... che noi dobbiamo spiegare...noi dobbiamo spiegare agli operatori nostri colleghi, magari anche ai medici, che chi lavora non è che lo fa perché si diverte ma lo fa perché sta facendo un progetto, che quindi è un lavoro”.*

La dimensione relazionale, quindi, sembra emergere come un ambito in cui è necessario spendere molte energie, e ricercare molta qualità. Gli utenti hanno bisogno di essere guidati in questo, magari attraverso attività specifiche, in certi casi anche con programmazioni mirate, come racconta un'infermiera:

*“In un primo momento i pazienti svolgono un'attività rivolta solo a loro stessi e quindi IO, una seconda parte IO e GLI ALTRI e una terza parte IO CON GLI ALTRI, vengono quindi proposti esercizi specifici per poter portare avanti questo programma”;*

ed avendo cura di creare le migliori condizioni all'interno dei gruppi, per facilitare le attività:

*“...ma è importante anche il rapporto che si crea nel gruppo che è molto bello, solidale, e per cui la maggior parte della volte, quando si torna si respira proprio....non so se rendo...”.*

La categoria raccoglie, infine, tematiche già ampiamente approfondite nel corso della trattazione quali la fiducia, l'importanza di stimolare l'autonomia e la comunicazione. Si tratta di aspetti della dimensione relazionale nei quali l'AF, come ampiamente testimoniato, può dimostrarsi uno strumento importantissimo per realizzare azioni concrete, utili al raggiungimento di obiettivi specifici.

## 8. DISCUSSIONI

Vogliamo ora prendere in esame, congiuntamente, quanto emerso dalle due analisi condotte in questo studio. L'analisi dei dati quantitativi e l'analisi del contenuto dei focus group, mostrano, infatti, delle assonanze importanti. Come si può vedere dai dati che riguardano il confronto tra utenti e operatori sanitari, riportati in tabella 9, le differenze statisticamente significative sono numerose. La prima variabile che si discosta molto da un gruppo all'altro è il BMI (Body Mass Index) o Indice di Massa Corporea: questo parametro esprime un rapporto tra peso e altezza del soggetto ed è riconosciuto, a livello internazionale. In questo caso il valore medio del gruppo degli utenti ( $M=27.99$ ;  $DS=4.03$ ) è superiore a quello del gruppo operatori ( $M=24.77$ ;  $DS=3.86$ ) con una differenza statisticamente significativa ( $p<.001$ ). Inoltre, questi risultati indicano che il gruppo degli utenti è mediamente in sovrappeso, mentre il gruppo operatori risulta normopeso, confermando una tendenza già nota dalla letteratura. Un'altra differenza statisticamente molto significativa si evidenzia nei valori del questionario PACES, nella scala Cons, ovvero la scala negativa dell'enjoyment. Anche in questo caso, il valore medio riportato dagli utenti ( $M=12.15$ ;  $DS=5.08$ ) è superiore a quello riportato dagli operatori sanitari ( $M=8.11$ ;  $DS=1.78$ ) ( $p<.001$ ). Questo risultato indica che gli utenti hanno una percezione maggiore degli aspetti negativi indagati dal questionario (noia, frustrazione, depressione, mancanza di divertimento, associati all'AF) rispetto agli operatori sanitari. Per quanto riguarda la motivazione nei confronti dell'AF, poi, le differenze significative emergono nelle due scale negative del questionario SIMS, ovvero Regolazione Esterna e Amotivazione. Ancora una volta, il gruppo degli operatori sanitari riporta risultati migliori del gruppo utenti, con valori medi inferiori sia per la scala Regolazione Esterna (operatori:  $M=1.58$ ;  $DS=0.68$ ; utenti:  $M=3.39$ ;  $DS=1.44$ ), che per l'Amotivazione (operatori:  $M=1.35$ ;  $DS=0.91$ ; utenti:  $M=2.82$ ;  $DS=1.42$ ) ( $p<.001$ , in entrambe le scale). In questo caso, la direzione dei risultati indica che gli utenti percepiscono una maggiore influenza esterna che spinge alla pratica dell'AF e hanno una minore consapevolezza dei motivi e degli obiettivi per cui fanno AF. Anche il questionario SF-36, sulla qualità della vita percepita, mette in luce numerose differenze significative tra i due gruppi dei partecipanti. Ancora una volta, i valori riguardanti il gruppo degli operatori sanitari, risultano migliori dei valori del gruppo degli utenti. In particolare, sono emerse differenze statisticamente significative nel dominio Attività Fisica, nel quale la media per gli utenti è inferiore alla media degli operatori sanitari (utenti:  $M=76.18$ ,  $DS=25.15$ ; operatori:  $M=94.39$ ,  $DS=9.32$ ; con  $p<.001$ ): questo risultato indica una maggior confidenza con il proprio corpo e maggiore libertà di movimento per gli operatori sanitari rispetto agli utenti. Nel dominio denominato "Ruolo della salute fisica" il valore

medio degli operatori ( $M=88.37$ ,  $DS=13.37$ ) supera il valore medio degli utenti ( $M=61.91$ ;  $DS=27.86$ ) ( $p<.001$ ): in questo caso, quindi, gli operatori riportano un migliore stato di salute fisica che interferisce meno, che per gli utenti, con le loro attività lavorative e della vita quotidiana. Nel dominio “Salute generale”, il gruppo degli utenti ha riportato una media più bassa del gruppo operatori (utenti:  $M=66.52$ ,  $DS=19.33$ ; operatori:  $M=78.94$ ,  $DS=12.25$ ; con  $p<.01$ ). Lo stesso andamento si ritrova nei domini “Attività Sociali” (utenti:  $M=62.84$ ,  $DS=25.66$ ; operatori:  $M=83.68$ ,  $DS=16.58$ ; con  $p<.001$ ), “Ruolo dello stato emotivo” (utenti:  $M=60.83$ ;  $DS=28.62$ ; operatori:  $M=83.68$ ,  $DS=16.58$ ; con  $p<.001$ ), ed infine, nel dominio della “Salute mentale” (utenti:  $M=71.45$ ,  $DS=21.76$ ; operatori:  $M=82.86$ ,  $DS=13.50$ ; con  $p<.01$ ). Questi risultati mostrano, quindi, che gli operatori sanitari percepiscono un miglior stato di salute generale degli utenti; la loro salute non ha influenzato le loro normali attività sociali in famiglia, con gli amici e con i gruppi che frequentano; infine, né il loro umore né gli stati d’animo vissuti, hanno interferito con l’attività lavorativa e con la routine quotidiana. Anche il “Dolore fisico” sembra influenzare meno la qualità della vita degli operatori sanitari ( $M=77.85$ ;  $DS=20.48$ ), rispetto agli utenti ( $M=65.91$ ,  $DS=26.65$ ): infatti, il valore medio riportato dagli operatori è maggiore di quello degli utenti, ad indicare che il dolore fisico interferisce meno con le normali attività degli operatori rispetto agli utenti (più il valore si avvicina a 100, migliore è il livello di salute). L’unico degli otto domini in cui non risultano differenze statisticamente significative è, quindi, la “Vitalità” che rimanda al livello di energia e stanchezza percepito nell’ultimo mese. I risultati di questo confronto, in definitiva, indicano che gli operatori sanitari hanno una condizione fisica e una percezione della qualità della vita migliori rispetto al gruppo degli utenti, una percezione più positiva dell’*enjoyment* e profili motivazionali nei confronti dell’AF meno negativi. Per quanto riguarda la qualità della vita percepita e le condizioni fisiche, quindi, viene confermato quanto già presente in letteratura, ovvero che le persone con malattie mentali gravi sono significativamente meno attive della popolazione generale e hanno una peggiore qualità di vita, nonché maggiori livelli di sovrappeso (Brown et al., 1999; Elmslie et al., 2001; Vancampfort et al., 2011; Vancampfort et al., 2013). Questi risultati confermano anche una delle ipotesi di partenza della ricerca, rispetto alla quale l’unico ambito nel quale non sono emerse differenze significative è quello dell’auto-efficacia (PSDQ\_abilità sportiva). È degno di nota, però, che non ci siano differenze significative nelle scale positive del questionario SIMS, che riguarda i profili motivazionali. Questi aspetti sono probabilmente collegati al fatto che tutti i partecipanti allo studio frequentano gruppi di AF regolare, organizzata dalle loro strutture di riferimento. Ciò implica un atteggiamento positivo nei confronti dell’AF sia per gli utenti che per operatori sanitari. Infine, il valore molto positivo, risultato per il questionario HCCQ, indica che gli utenti si

sentono generalmente molto sostenuti dagli operatori. Questo aspetto è estremamente rilevante, soprattutto considerando che i partecipanti allo studio condividono regolarmente le proposte di AF. Ancora una volta, quindi, si trova una conferma del potenziale elevatissimo dell'AF, di facilitare relazioni di cura supportive, percepite in modo positivo dagli utenti. Un altro risultato interessante, riguarda le diverse distribuzioni nelle categorie IPAQ, ovvero dei livelli di AF riportati dai due gruppi. La maggior parte degli operatori sanitari (61.2 %) si colloca nella categoria *High*, mentre il maggior numero degli utenti (41.3%) si colloca nella categoria *Moderate*. Questo dato è ancora più significativo considerando che si tratta di un gruppo di utenti che svolgono regolarmente AF. Questo aspetto, infatti, può far pensare ad una particolare conseguenza positiva dell'AF, ovvero la crescita della consapevolezza di sé, associata alla pratica. Solo il 21% degli utenti, infatti, si colloca nella categoria di attività intensa (*High*), mentre addirittura il 37% risulta nella categoria *Low*. Gli utenti, quindi, sembrano riconoscere i loro limiti fisici, nonostante la pratica regolare di AF. La letteratura, a tal proposito, dimostra che essere regolarmente fisicamente attivi permette di conoscersi meglio e di aumentare la consapevolezza del proprio corpo (Danielsson et al., 2014; Dishman & Buckworth, 1996). Questo dato ha trovato ampia conferma anche in quanto testimoniato dagli operatori sanitari nei focus. Essi infatti riportano esempi di come, utenti che inizialmente potevano sembrare spaventati dall'attività e poco fiduciosi nei confronti delle loro personali capacità, proprio grazie alla pratica regolare si sono riscoperti capaci di affrontare alcuni sforzi o, in altri casi, hanno potuto calibrare meglio il vero limite causato dalla malattia e dalle comorbidità. Questo aspetto, se messo in relazione con la qualità di vita percepita, assume una rilevanza importantissima: rinforza, ancora una volta, il valore dell'AF come esperienza che educa la persona, che tira fuori il suo vero potenziale e l'aiuta a conoscersi/riconoscersi ma anche a scoprirsi/riscoprirsi e quindi a diventare più consapevole di sé stessa. Questi elementi rientrano pienamente nella categoria *crescita personale*, individuata nell'analisi qualitativa. Crescere nella consapevolezza di sé e del proprio corpo è necessario per ritrovare fiducia in sé stessi e per ritrovare così la voglia e il coraggio di mettersi alla prova (Lindwall & Aşçi, 2014). La soddisfazione di farcela in un compito, una sfida, una prova, diventa fonte di accrescimento dell'auto-efficacia e ciò stimola, a sua volta, a continuare ad investire risorse e forze personali. Questi aspetti sono ulteriormente rinforzati dalla promozione delle competenze: imparare un gesto motorio, imparare come si va in montagna, imparare a condurre un'imbarcazione, fanno sperimentare alla persona un senso di competenza che si traduce anche in una crescita dell'autonomia e in una maggior capacità decisionale. Preparare l'equipaggiamento per un'escursione, come anche il borsone per un allenamento, sono quindi gesti di auto-gestione, che rappresentano passi di autonomia importantissimi per chi magari, a

causa della malattia, tenderebbe a non uscire più di casa. Ritornando a quanto emerso dall'analisi quantitativa, sui differenti livelli di attività riportati da operatori e utenti, mettiamo ora in luce un altro dato importante. Il confronto tra le variabili in esame, sulla base delle differenti distribuzioni nelle categorie IPAQ, ha evidenziato differenze significative nel solo gruppo degli operatori (Tab.11 ). Nel caso di quattro variabili, PSDQ\_Abilità Sportiva e in tre domini del questionario SF-36 (Attività Sociali, Ruolo dello stato emotivo e Salute Mentale), gli operatori sanitari, che si collocano nelle categorie *Moderate* e *High*, riportano valori migliori rispetto agli operatori che si collocano nella categoria *Low*. Questo dato indica che esiste una associazione tra maggiori livelli di AF e abilità sportiva percepita, come anche tra AF praticata e alcuni aspetti della qualità della vita percepita, nella direzione attesa (a maggiori livelli di AF corrispondono migliori risultati nelle variabili considerate). Anche i risultati delle correlazioni, tra cui i dati significativi sono moltissimi, mostrano importanti associazioni tra le variabili quantitative prese in esame. Da notare sono, in particolare, le forti correlazioni tra la scala Pros del PACES e le scale positive della SIMS (Motivazione Intrinseca e Regolazione Identificata) in parallelo alla moderata correlazione tra la scala Cons del PACES e la SIMS\_Amotivazione, a conferma della forte associazione tra enjoyment e motivazione. Ma sono emerse anche associazioni tra BMI e SIMS e tra BMI e SF-36; PSDQ\_Abilità Sportiva e PACES, SIMS e SF-36; ed infine tra SIMS ed SF-36. A fronte di questa ulteriore conferma della relazione tra enjoyment, autoefficacia, motivazione e qualità della vita percepita, ciò che colpisce maggiormente è che nel gruppo degli utenti il confronto tra le variabili prese in esame, sulla base dei differenti livelli di AF, non abbia evidenziato alcuna differenza. Questo dato indica che il livello di AF, nel gruppo degli utenti, non è così influente rispetto agli atteggiamenti motivazionali, all'enjoyment, all'abilità sportiva e alla qualità di vita percepita, come potevamo aspettarci. Certamente, ancora una volta, è interessante mettere in relazione questo aspetto con quanto emerso dall'analisi qualitativa. Le testimonianze raccolte con gli operatori, infatti, hanno evidenziato come sia fondamentale ragionare sulle caratteristiche dell'attività proposta in senso ampio, andando ben oltre i parametri di frequenza ed intensità o la tipologia di sforzo fisico richiesto (aerobico, anaerobico, ecc.). Dall'ambiente in cui viene svolta l'attività, ai contenuti, alle modalità di gestione, numerosissimi sono aspetti in grado di influenzare profondamente la partecipazione alle attività stesse e quindi anche i livelli di attività raggiunti dagli utenti. Di fondo, gli operatori dichiarano che gli utenti hanno una scarsa resistenza alla fatica, che li porta ad evitare le intensità di sforzo elevate. Inoltre, per la maggior parte dei casi, le attività proposte hanno una frequenza di una volta alla settimana. Questo aspetto condiziona decisamente le prestazioni dell'utente, in quanto una scarsa frequenza di allenamento non è funzionale al

raggiungimento di elevate intensità di sforzo fisico (Weinech, 2001). D'altro canto, è stato anche messo in luce che, in certe condizioni, un eccesso di attività potrebbe significare un eccesso di stimolo, con un potenziale nocivo per l'utente. È lecito supporre, quindi, che l'aspetto che condizionare maggiormente le variabili studiate sia, di fatto, la malattia stessa, con tutte le sue conseguenze. Per quanto riguarda le caratteristiche dell'attività da tenere in considerazione, proprio sulla base di questa forte influenza, riportiamo, di seguito, alcune tabelle riassuntive, che raccolgono i principali elementi messi in luce dalle testimonianze degli operatori sanitari che hanno partecipato ai focus: aspetti da tenere in ampia considerazione nella progettazione e preparazione delle proposte di attività.

### 8.1 Suggerimenti sulle caratteristiche delle proposte di AF con utenti psichiatrici: buone pratiche.

**Tab. 14 Organizzazione**

<i>Durata incontro</i>	Un'ora e mezza oppure mezza giornata per le escursioni/uscite
<i>Frequenza degli incontri</i>	Almeno due volte alla settimana di attività guidata; nel caso delle escursioni, prevedere altri incontri nell'arco del mese. È fondamentale, però, promuovere l'aumento dell'AF quotidiana con uno stile di vita attivo
<i>Periodo di durata delle proposte</i>	Possibilmente tutto l'anno, adattando le proposte ai periodi e al clima (es. proposta integrativa estiva) ed evitando periodi di inattività
<i>Struttura degli incontri</i>	Organizzazione chiara delle diverse fasi dell'incontro: accoglienza, riscaldamento, fase centrale, proposta ludica, defaticamento, condivisione finale

**Tab. 15 Contenuti**

<i>Tailored = su misura</i>	I contenuti della proposta devono rispondere alle esigenze e preferenze degli utenti e tenere in considerazione le loro reali possibilità
<i>Moderata intensità piuttosto che elevata intensa</i>	L'attività deve essere impegnativa ma senza richiedere eccessi di sforzo. Il rischio è che gli utenti, non sapendo dosare il loro impegno fisico, eccedano i loro limiti e si verifichi l'abbandono. L'attività deve risultare adeguatamente impegnativa ma alla portata di tutti
<i>Variabilità delle proposte</i>	È importante che le proposte contengano una giusta dose di novità, senza dimenticare che una certa ripetitività permette una maggior confidenza col compito richiesto e ciò rinforza la sicurezza e l'autoefficacia. La variabilità delle proposte serve, però, anche ad incuriosire gli utenti e a far loro scoprire nuove possibilità
<i>Obiettivi chiari, personalizzati, condivisi</i>	Lavorare per obiettivi chiari, basati sulle esigenze del gruppo e dei singoli; condividere gli obiettivi e i contenuti delle proposte con gli utenti (es. itinerario da scegliere per l'escursione; gioco finale)

<i>Competenza</i>	Dare la possibilità d'imparare ed acquisire competenze: gesti motori, sport, giochi, ma anche la conoscenza del proprio corpo, di aspetti della salute e della malattia (gestione peso corporeo, sana alimentazione, stile di vita attivo, ecc.); favorire l'autoefficacia
<i>Aspetti ludici e competizione</i>	Prevedere fasi ludiche nell'attività in cui dare lo spazio per mettersi alla prova senza "pressione prestazionale". Anche la competizione può risultare utile per stimolare l'impegno: è fondamentale, però, porre l'accento sulla performance più che sul risultato, sulla collaborazione e non sugli individualismi; questi due elementi favoriscono il senso di squadra (complicità, appartenenza, collaborazione, associazionismo)
<i>Attività Fisica, Sport, Esercizio</i>	L'AF adattata alle esigenze degli utenti può rappresentare la soluzione migliore soprattutto quando si lavora con gruppi disomogenei; l'attività sportiva può rappresentare un forte elemento di stimolo alla partecipazione ma ha lo svantaggio che può non essere alla portata di tutti. È quindi fondamentale saper gestire le proposte a seconda delle situazioni in cui si trovano gli utenti. L'esercizio fisico rappresenta un'ottima proposta soprattutto se contestualizzata all'interno di un'attività multifattoriale e se guidato da personale competente, in grado di calibrarne l'intensità e di fornire suggerimenti e feedback adeguato per ogni partecipante

**Tab.16 Partecipazione**

<i>Frequenza libera</i>	Lasciare agli utenti la libertà di scegliere se partecipare all'incontro; evitare forme di costrizione che favoriscono l'effetto abbandono
<i>Supporto alla costanza</i>	Aiutare gli utenti ad essere costanti nella partecipazione per: favorire il raggiungimento degli obiettivi e l'acquisizione dei benefici derivanti dalla pratica regolare; evitare gli effetti dell'eccesso di sforzo legato al basso livello di allenamento; stimolare il contatto sociale e l'attività di gruppo
<i>Clima dell'attività e del gruppo</i>	Promuovere un clima di distensione e serenità, che favorisca il benessere attraverso attività piacevoli, che stimolino la collaborazione, anche in presenza di sfida e competizione. Avere attenzione per il singolo e per il gruppo, favorendo la condivisione ed il confronto
<i>Accessibilità</i>	Rendere sempre accessibile l'attività in termini di orari e strutture/ambiente dove vengono svolti gli incontri, andando incontro alle esigenze dei partecipanti anche dal punto di vista logistico-organizzativo (trasporti, compatibilità con orari di lavoro e disponibilità economiche)
<i>Coinvolgimento</i>	Coinvolgere attivamente tutti i partecipanti, operatori sanitari compresi; evitare attività esclusive, che precludano la partecipazione di alcuni utenti per evidenti difficoltà

**Tab.17 Enjoyment**

<i>Piacevolezza e divertimento</i>	Favorire proposte che permettano di sperimentare piacere, gradimento e divertimento a sostegno di una maggiore aderenza alle attività, anche a lungo termine. Il coinvolgimento globale della persona è uno degli effetti “terapeutici” dell’AF, che permette di concentrarsi sul proprio benessere distogliendo la mente dal rimuginare tipico della malattia
------------------------------------	--

**Tab.18 Ambiente**

<i>Conoscenza del territorio</i>	Promuovere le attività che permettano di conoscere meglio il territorio cittadino dove vivono gli utenti, per favorire una maggior confidenza con i luoghi e i percorsi. Promuovere il contatto con contesti e realtà del proprio territorio, per facilitare le iniziative autonome dell’utente e limitare il timore e la paura di muoversi da soli, lasciando le sicurezze dell’ambiente domestico
<i>Ambiente naturale</i>	L’attività in ambiente naturale risulta benefica di per sé. Favorisce il contatto con la natura, un’apertura dello sguardo e un richiamo all’attenzione dell’utente. Suscita generalmente sentimenti positivi, soprattutto se c’è chi guida e fa apprezzare l’ambiente stesso. Facilita una reazione ormonale benefica (stimola la produzione di endorfine, dopamina e serotonina; Crone et al., 2006)
<i>Sicurezza e adeguatezza degli spazi e attrezzature</i>	Un ambiente sicuro e accogliente è necessario per rendere accessibile l’attività agli utenti. La disponibilità di attrezzature e di spazi adeguati per muoversi, correre, giocare, è fondamentale per la miglior realizzazione delle proposte.
<i>Contatto con la società</i>	Il luogo dove si svolge l’attività può rappresentare un punto di riferimento per l’incontro con la società; un centro sportivo o una struttura pubblica frequentata da altre persone è da preferirsi a centri fitness isolati o con spazi ridotti.

**Tab.19 Comunicazione**

<i>Comunicazione verbale</i>	L’AF favorisce la comunicazione creando confidenza nel gruppo dei partecipanti e le giuste condizioni per la condivisione ( <i>vedi clima</i> ); è importante educare gli utenti a riconoscere i benefici dell’attività che percepiscono e a verbalizzarli, per favorire la consapevolezza degli stessi e una maggiore confidenza anche con gli stati d’animo che si associano all’attività
<i>Comunicazione non verbale</i>	L’AF rappresenta un importante veicolo di espressione corporea; il corpo in movimento è un corpo che parla, che dice qualcosa di sé. Questo tipo di comunicazione può essere più semplice e spontanea, per alcuni utenti, che il dire a parole. Ciò va tenuto in considerazione soprattutto per la lettura delle reazioni e dell’espressività dei partecipanti all’attività, che possono rappresentare fonti ricchissime d’infirmazione

<i>Informare</i>	Il primo passo per accedere ad un'attività è essere informati della sua esistenza. È un aspetto tanto scontato quanto delicato, che richiede impegno soprattutto a chi coordina gli utenti. Inoltre, l'informazione è anche il mezzo che permette di rendere più consapevoli gli utenti dei benefici, dei vantaggi dell'attività e dei rischi correlati alla malattia
------------------	---

**Tab.20 Motivazione**

<i>Motivazione Autonoma</i>	Il supporto alla motivazione intrinseca è l'azione che maggiormente può rendere autonomo l'utente di fronte alla scelta di partecipare ad un'attività e di prendervi parte in modo costante. Inoltre, questo aspetto, lo rende anche più autonomo in altri contesti, grazie all'acquisizione di sicurezza che deriva dalla self-efficacy e dall'acquisizione di competenze, veicolate dall'AF stessa. Per sostenere la motivazione autonoma, quindi, bisogna stimolare: la consapevolezza personale, la competenza e la stima di sé.
<i>Monitorare i miglioramenti</i>	Avere obiettivi chiari e personalizzati permette anche di verificare i miglioramenti dei partecipanti, rispetto al loro percorso personale. È importante, quindi, monitorare i miglioramenti, sapendoli mettere in evidenza con feedback realistici agli utenti, che vanno così coinvolti e supportati anche nell'automonitoraggio del proprio percorso
<i>Motivazione degli operatori</i>	Livelli di motivazione alti nei confronti dall'AF, negli operatori, favoriscono atteggiamenti positivi anche negli utenti; al contrario, livelli di motivazione bassi nei confronti dell'AF, da parte degli operatori, possono associarsi a perdita di motivazione anche negli utenti. È importante quindi che anche gli operatori assumano in prima persona uno stile di vita attivo e un atteggiamento positivo verso condotte salutari

Quanto riassunto nelle tabelle precedenti è confermato anche dal lavoro di Giuliani, Micacchi e Valenti (2005) sull'attività moria nei servizi di salute mentale. L'analisi dei focus group, però, ha evidenziato altri elementi importanti, che si ritiene di dover discutere. Nell'ambito degli *aspetti gestionali* dell'attività, per esempio, è stata evidenziata l'importanza di curare la comunicazione all'interno dell'équipe di cura che rappresenta il principale promotore dell'azione riabilitativa. La comunicazione tra colleghi è una condizione necessaria per portare avanti un'azione coesa, nell'interesse dell'utente. Inoltre è un aspetto fondamentale anche per condividere strategie d'intervento e mantenere un confronto e un monitoraggio costanti sul percorso dell'utente. Quando si propone un'attività, poi, è fondamentale che tutta l'équipe sia consapevole delle motivazioni per cui si avanza quella specifica proposta, il significato che può assumere per l'utente, il supporto che sarà richiesto e i benefici/obiettivi da perseguire, in modo da poter far emergere un messaggio di approvazione e sostegno univoco, verso l'utente stesso. Oltre i confini del proprio ambiente lavorativo, agli operatori sanitari è anche affidato il compito di curare la diffusione e la visibilità delle attività e dei

progetti realizzati con gli utenti: si tratta di un aspetto importantissimo per favorire l'inclusione sociale, ovvero l'apertura di queste iniziative verso la società. È necessario, quindi, ricercare una collaborazione con gli enti e le strutture del territorio, nonché lo scambio e il confronto con coloro che operano nello stesso settore. Questo metodo, come testimoniato dai partecipanti ai focus, è premiante per crescere nella consapevolezza dell'utilità di queste azioni e per aumentare il consenso e la promozione delle attività stesse, anche tra chi ne rimane più distante, in primis, tra i colleghi. Un esempio concreto è rappresentato dal torneo "Palla in Rete", realizzato nel contesto della polisportiva locale a cui si appoggia l'Associazione Bellaria Solidarietà. Il torneo, ogni anno, rappresenta un'occasione d'incontro tra utenti dei servizi psichiatrici territoriali di tutta Italia e non solo, ma rappresenta soprattutto è un'importante finestra di contatto con gli enti del territorio, con altre associazioni che promuovono l'AF per utenti della psichiatria, e con numerosi giovani di alcuni istituti superiori locali, regolarmente invitati a partecipare, oltre, ovviamente, a familiari e volontari. In questa cornice va collocato anche il significato di de-istituzionalizzazione, testimoniato dagli operatori coinvolti nella ricerca: uscire dalle istituzioni significa andare ad incontrare la società, che ancora tende a mettere ai margini chi soffre per una malattia mentale. Uscire dalle istituzioni ha lo scopo di riportare nella società queste persone, mettendole nelle condizioni per riuscire a starci, come continuano a starci tante altre persone affette da altri tipi di malattia cronica: non come un peso o una zavorra, come ostacoli da schivare, ma come persone capaci di mettersi in relazione, nonostante la malattia, e di occupare un posto significativo nella società stessa. Per questo il coinvolgimento sociale è condizione necessaria per creare la vera inclusione e dare, a chi ne ha bisogno, vere occasioni per stare meglio. Come emerge dalle testimonianze, il pregiudizio va disincentivato con la conoscenza ed il contatto. Nel libro "Le nuvole di Picasso" (2014), Alberta Basaglia, figlia del noto Franco, testimonia la sua esperienza di bambina cresciuta affianco ad un padre che ha fatto della de-istituzionalizzazione la sua battaglia. I suoi sono racconti di trent'anni fa, che mostrano una realtà molto diversa da quella di oggi, ma le sue parole comunicano, con grande vibrazione, cosa hanno visto gli occhi di quella bambina. Racconta, Alberta, degli anziani malati, nel manicomio di Trieste, che nelle occasioni di festa, organizzate dal padre, si rivestivano come meglio si poteva, si ripulivano e si pettinavano di tutto punto; per le signore chiamavano anche il parrucchiere. Queste persone, prima dell'arrivo di Basaglia, avevano vissuta tutta l'invasione dell'istituzione sulla loro pelle, che Alberta descrive in questo modo: *"L'istituzione ti toglie tutto, i tuoi vestiti, le tue cose, perfino la tua pelle. Non mi invento niente, capisco solo perché, nelle serate di discussione e di parole scritte a macchina, Primo Levi e il suo Se questo è un uomo venivano spesso nominati"* (pp.64-65). Si tratta certo di una

“istituzione” lontana dai giorni nostri, ma che ancora oggi, in forma diversa, ha buoni margini di miglioramento. Ancora, in un passaggio molto significativo, Alberta condivide una riflessione a cui già bambina era approdata, lei che per prima, a causa di una malattia agli occhi, aveva sperimentato il disagio del limite fisico. “ *Eppure la diversità basta accettarla. Anche quando è talmente tangibile che non si può far finta che non esista, come nel caso dei matti. Basta solo riconoscere il diverso da te e non farti fagocitare dall’ansia che costringe a incasellare tutti e tutto in regole precise che pretendono di dare un ordine tranquillizzante al mondo*” (pp. 51-52). Queste parole aiutano a capire, una volta in più, perché l’AF rappresenti uno strumento privilegiato per contrastare la malattia mentale: perché insegna ad accettarla, ma anche ad andare oltre. L’AF stimola la persona a muoversi, invece che a bloccarsi nell’immobilismo; la stimola a rimettersi in gioco, a provare, anche di fronte alla totale mancanza di fiducia in sé stessi; la stimola a recuperare un’attenzione sana per il proprio corpo, cercando di riscoprirne i potenziali e di riconoscerne i veri limiti, per affrontarli, piuttosto che vederli come una inesorabile condanna. L’AF promuove anche l’aderenza alle cure: quando si riesce a reagire e si ritorna ad essere fisicamente attivi, la terapia viene accolta meglio. Gli effetti collaterali, infatti, vengono ridotti proprio grazie all’AF e il beneficio che deriva dall’associazione della farmacoterapia e dall’attività, fa stare proprio meglio la persona (Hardy & Thomas, 2012). L’AF, ancora, va nella direzione opposta alla malattia, dando la possibilità di ritrovare le competenze e le abilità che si credevano perdute e facendone acquisire di nuove. L’AF contrasta il circolo vizioso innescato dalla malattia, che spinge al ritiro sociale e all’apatia, che a loro volta si traducono in sedentarietà, sovrappeso e una crescita del rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e diabete molto più alta che nella popolazione generale (Brown et al, 1999; Elmslie et al., 2001). L’AF, al contrario, promuove circoli virtuosi: stimola ad uscire, a ritrovare il contatto con gli altri, a rimettersi alla prova; stimola l’autoefficacia, la competenza e l’autonomia della persona (Daci&Ryan, 2000; Richardson, 2005); accresce la fiducia in sé stessi e promuove uno stile di vita sano, relazioni sane e autentiche tipiche di chi impara a condividere la fatica, divertendosi. Infine l’AF contrasta la malattia portando la persona nella realtà, nel presente dal quale chi è affetto da disturbi così gravi come le psicosi, tende a fuggire. Quando il corpo si muove, invece, si fa sentire, con tutta la sua forza o debolezza, con le sue dimensioni, i suoi confini, i suoi odori, le sue esigenze: è un corpo che occupa uno spazio e che si rende evidente e tangibile. Accettare di vivere tutto ciò, non è affatto banale e scontato. Richiede un grande aiuto da parte di chi guida il percorso riabilitativo. A tal proposito, un altro importante apporto che deriva dalle testimonianze dei partecipanti ai focus, riguarda il significato che essi attribuiscono al “supporto”: è l’azione indispensabile perché l’AF, come qualsiasi altra forma d’intervento,

possa tradursi da teoria in pratica. Il supporto, come emerge in vari passaggi, si traduce in un'ampia gamma di gesti, azioni ed interventi, che Soundy e colleghi, in un interessante lavoro del 2013, attribuiscono a quattro diverse aree, ovvero quattro diverse forme di supporto da fornire agli utenti:

1. supporto informativo
2. supporto della self-efficacy e della stima di sé
3. supporto tangibile, concreto
4. supporto emotivo

Questi quattro aspetti non hanno bisogno di commenti, visto quanto già ampiamente esposto. È evidente, però, che richiedono grandi competenze relazionali e professionali, basate su una preparazione specifica, che dia agli operatori sanitari gli strumenti per imparare a leggere le situazioni e per imparare a collocarsi nella giusta posizione relazionale con l'utente. Ecco, quindi, un'altra caratteristica del ruolo dell'operatore sanitario: che vesta i panni del compagno di squadra, di allenatore, di infermiere, di educatore o di medico, non dovrebbe mai perdere di vista la sua responsabilità educativa nei confronti dell'utente. Tra le figure che fanno parte dell'équipe sanitaria di cura, i partecipanti ai focus, infine, riconoscono un ruolo particolare al medico. Egli condivide con gli altri operatori le responsabilità dei percorsi riabilitativi, ma il suo parere e il suo consiglio, assumono anche più valore agli occhi dell'utente. È auspicabile, quindi, che come un buon allenatore, egli sappia orientare il lavoro dell'équipe e mettere i colleghi nelle condizioni di dare, ognuno, il meglio che può mettere a disposizione. Infine anche il medico, non meno degli altri colleghi che sono a più stretto contatto con gli utenti, testimonia in prima persona il suo stile di vita, che è sempre d'esempio per l'utente. Tutto ciò, quindi, verifica pienamente anche la seconda ipotesi di partenza dello studio e fa degli operatori sanitari delle figure fondamentali per proporre l'AF come parte integrante del percorso riabilitativo dell'utente.

L'ultima osservazione, degna di nota, riguarda la figura dell'esperto esterno. Anche se non rientra nell'équipe sanitaria, questa figura è chiamata a rendersene parte e a condividere molte delle responsabilità e degli atteggiamenti. Gli viene quindi richiesta grande capacità di collaborazione, di attenzione al singolo e al gruppo e la capacità di calibrare le proposte, a seconda delle situazioni, sulla base di competenze specifiche e ampie (non solamente motorie e sportive). L'empatia e la capacità di trasmettere l'entusiasmo e la passione per ciò che propone, inoltre, sono elementi fondamentali. Infine, anche l'esperto esterno, è chiamato ad essere educatore, capace di vedere nell'utente il suo potenziale di rivalsa e di facilitare, con le sue proposte, esperienze di crescita e riscoperta. La stretta collaborazione tra operatori sanitari ed esperti esterni può certamente facilitare il raggiungimento di ottimi risultati.

Uno dei limiti principali di questa ricerca riguarda la mancanza di gruppi di controllo di utenti ed operatori sanitari non fisicamente attivi, con i quali sarebbe stato interessante ampliare il confronto. Inoltre la numerosità limitata dei partecipanti ha impedito di condurre dei confronti più approfonditi anche sulla base delle provenienze dei diversi gruppi di utenti e operatori coinvolti. Infine, va segnalata la mancanza dell'uso di strumenti oggettivi di rilevazione dell'AF. Le ragioni di queste mancanze sono essenzialmente legate alla grande difficoltà che s'incontra nel cercare di reperire dati in questo ambito, in particolare con gli utenti; ha rappresentato un ostacolo, poi, l'ancora esigua diffusione dei programmi di AF quale componente regolarmente integrata del percorso riabilitativo degli utenti. Rispetto alla mancanza di dati oggettivi sull'AF, invece, anche se la tecnologia, al giorno d'oggi, offre dei mezzi assolutamente non invasivi per registrare l'AF quotidiana (accelerometri a braccialetto), bisogna considerare che questo tipo di utenti non accetta di buon grado la responsabilità di indossare, per tempi prolungati, strumenti di un certo valore. Certamente, comunque, anche questo aspetto diventerà più semplice da gestire, grazie alle continue innovazioni tecnologiche. Per quanto riguarda i partecipanti ai focus, infine, sarebbe importante estendere l'indagine anche in altre regioni italiane, in quanto l'autonomia regionale nella gestione dei servizi sanitari, comporta ancora grandi differenze nel panorama nazionale della salute mentale. Certamente, questi aspetti vanno presi in considerazione per le ricerche future, soprattutto per dare delle indicazioni sempre più precise, in merito all'AF, in termini di efficacia sulla qualità della vita delle persone con gravi malattie mentali, e per poter avviare dei confronti anche tra diverse forme di trattamento terapeutico.

## 9. CONCLUSIONI

L'AF, in definitiva, può rappresentare, a tutti gli effetti, un elemento di prevenzione e miglioramento della salute globale per le persone con malattie mentali gravi. Il Ministero della Salute, nella Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2012-2013, ha messo in luce i risultati di due studi coordinati dall'ISS, tra il 2008 e il 2012, nell'ambito della salute mentale: il progetto PRISM (PRocess Indicator System for Mental health) e il progetto EUSAM (Esperienze degli Utenti in Salute Mentale), entrambi mirati alla valutazione e al monitoraggio, anche attraverso strumenti standardizzati e riproducibili, della qualità dell'assistenza fornita dai servizi di salute mentale, in Italia. Quanto è emerso ha confermato la necessità di potenziare la qualità dell'assistenza, per fornire trattamenti più efficaci e accessibili a tutti, incrementando il monitoraggio delle azioni sviluppate. È stato suggerito, in particolare, di incrementare:

- ✓ la formazione degli operatori dei servizi, con l'accento sulla promozione del lavoro multidisciplinare;
- ✓ la formulazione e l'applicazione di percorsi di cura scientificamente validati;
- ✓ la valutazione del rapporto bidirezionale tra salute fisica e salute mentale, con attenzione al coinvolgimento degli operatori delle cure primarie;
- ✓ l'impatto di interventi diretti a promuovere l'empowerment del paziente mediante il coinvolgimento nel trattamento e la partecipazione alle decisioni cliniche.

I risultati di questa ricerca si pongono pienamente in linea con queste importanti osservazioni. In particolare lo studio ha rinforzato le evidenze a sostegno dell'utilità dell'AF come componente dei trattamenti terapeutici multidisciplinari, rivolti ad utenti dei servizi psichiatrici territoriali e ha confermato la centralità del ruolo dell'operatore sanitario negli interventi di promozione della salute, rivolti agli stessi utenti. Possiamo quindi concludere che è necessario sostenere la formazione degli operatori sanitari e la loro collaborazione con le altre figure che si occupano della promozione della salute, come gli esperti di AF, al fine di migliorare l'efficacia degli interventi stessi. La ricerca, in questo senso, può fornire importanti contributi, con uno sguardo ampio, rivolto alla salute globale della persona.

## 10. Bibliografia

- American College of Sports Medicine (1998). Position Stand: the recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 30(6), 975-991.
- American College of Sports Medicine (2011). Quantity and Quality of Exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 43(7), 1334-1359.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ames, C. (1992). Achievement goals, motivational climate, and motivational processes. En G.C. Roberts (Ed.), *Motivation in sport and exercise* (pp. 161-176). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Apolone, G. & Mosconi, P. (1998). The Italian SF-36 Health Survey: translation, validation and norming. *Journal of Clinical Epidemiology*, 5, 1025-1036.
- Apolone, G., Mosconi, P. & Ware, J.E. (1997). *Questionario sullo stato di salute SF-36. Manuale d'uso e guida all'interpretazione dei risultati*. Milano: Edizioni Angelo Guerini e Associati SpA .
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Milton Keynes: Open University Press.
- Ajzen, I. (1985). From intention to action: a theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.) *Action-control: from cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg, Germany: Springer.
- Archie, S.M., Goldberg, J.O., Akhtar-Danesh, N., Landeen, J., McColl, L. & McNiven, J. (2007). Psychotic disorders, eating habits and physical activity: who is ready for life style changes? *Psychiatric Services*, 58, 233-239.
- Archie, S.M., Wilson, J.H., Osborn, S., Hobbs, H. & McNiven, J. (2003). Pilot study: access to fitness facilities and exercise levels in olanzapine-treated patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 628-632.
- Bandura A. (1977). Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Basaglia, A. (2014). *Le nuvole di Picasso*. Milano: Feltrinelli.
- Basaglia F. (1973). *Che cos'è la psichiatria*. Torino: Einaudi.
- Beddington, J., Angermeyer, M., Azorin, J. M., Marwaha, S., Marteau, F., Tourni, M. (2009). Side-effect of antipsychotic medication and health related quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 438, 22-28.
- Beebe L.H., Smith, K.D., Roman, M.W., et al. (2013). A pilot study describing physical activity in persons with schizophrenia spectrum disorders(SSDS) after an exercise program. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 214-219.
- Beebe, L.H., Smith, K., Burk, R., McIntyre, K., Dessieux, O., Tavakoli, A. et al. (2011). Effect of a motivational intervention on exercise behavior in person with schizophrenia spectrum disorders. *Community Mental Health Journal*, 47, 628-636.

- Beebe, L.H., Tian, L., Morris, N., Goodwin, A., Allen, S.S., & Kuldau, J. (2005). Effects of exercise on mental and physical parameters of person with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing, 26*, 661-676.
- Benini, S. (2004). Formare alla pratica del prendersi cura attraverso un responsabile processo intersoggettivo. In M. Dal Pra Ponticelli (Ed.) *Prendersi cura e lavoro di cura* (pp. 103-105). Padova: Fondazione Emanuela Zancan.
- Bergqvist, A., Karlsson, M., Foldemo, a., Wårding, R. & Holtojö, S. (2013). Preventing the development of metabolic syndrome in people with psychotic disorders. Difficult, but possible: experiences of staff working in psychosis outpatients care in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing, 34*, 350-358.
- Biddle, S. & Mutrie, N. (2001). *Psychology of physical activity determinants, well-being and interventions*. London: Routledge
- Bollini, P. & Mollica, R.F. (1989). Surviving without the asylum: an overview of the studies on the Italian reform movement. *Journal of Nervous and Mental Disease, 177*, 607-615.
- Bolognesi, S., Goracci, A. & Fagiolini, A. (2014). Physical activity and mental health, psychological and physiological mechanisms. In M. Probst & A. Carraro (Eds.) *Mental health and physical activity: a practice oriented approach* (pp.19-38). Milano: EdiErmes.
- Bortolotti, O., (2000). *Fogli di informazione e coordinamento*, 2, marzo-aprile.  
<http://www.edscuola.it/archivio/handicap/basaglia.html>
- Breitborde, N.J.K., Kleinlein, P. & Srihari, V.H. (2012). Selfdetermination and first-episode psychosis: associations with symptomatology, social and vocational functioning, and quality of life, *Schizophrenia Research, 137*, 1-3, 132-136.
- Breitborde, N.J.K., Woolverton, C., Brock Frost, R. & Kiewel, N.A. (2014). Self-Determination Theory and First-Episode Psychosis: A Replication. *Advances in Psychiatry*, Article ID 240125, 5 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2014/240125>.

- Brown, S., Birtwistle, J., Roe, L. & Thompson, C. (1999). The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 29, 697-701.
- Burti, L. & Benson, P.R. (1996). Psychiatric Reform in Italy. Developments Since 1978. *International Journal of Law and Pshychiatry*, 19, 3/4, 373-390.
- Carless, D. & Douglas, K. (2008). Social support for and through exercise and sport in a sample of men with serious mental illness. *Issue in Mental Health Nursing.*, 29, 1179-1199.
- Carpiniello, B., Primavera, D., Pilu, A., Vaccargiu, N. & Pinna, F. (2013). Physical activity and mental disorders: A case-control study on attitudes, preferences and perceived barriers in Italy. *Journal of Mental Health*, 1-9. DOI: 10.3109/09638237.2013.815330.
- Carraro, A., Young, M. C. & Robazza, C. (2008). A contribution to the validation of the physical activity enjoyment scale in an italian sample. *Social behavior and personality*, 36(7), 911-918.
- Casey, D. (2007). Nurses' perception, understanding and experiences of health promotion. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1039-1049.
- Chiarugi, V. (1793-94). *Della pazzia in genere e in specie. Trattato medico-analitico con una centuria di osservazioni*. Firenze: Carlieri.
- Chiarugi, V. (1789). *Regolamento dei Regi Spedali di Santa Maria Nuova e di Bonifazio*. G. Firenze: Cambiagi.
- Colombo, G. (2005.). *Psicopatologia Clinica*. Padova: Cleup
- Conte, M. (2006). *Ad altra cura. Condizioni e destinazioni dell'educare*. Lecce:Pensa Multimedia.
- Craig, C.L. et al. (2003). International Physical Activity Questionnaire: 12-Country Reliability and Validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35, 1381-1395.

- Crone, D. & Guy, H. (2008). "I know that it is only exercise, but to me it is something that keeps me going": a qualitative approach to understanding mental health service users' experiences of sport therapy. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 197-207.
- Crone, D., Smith, A. & Gough, B. (2006). The physical activity and mental health relationship-a contemporary perspective from qualitative research. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis Gymnic*, 36(3), 29-35.
- Danielsson, L., Papoulias, I., Petersson, E.L., Carlsson, J., & Waern, M. (2014). Exercise or basic body awareness therapy as add-on treatment for major depression: a controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 168, 98-106. doi: 10.1016/j.jad.2014.06.049.
- Darwin, C. (1859). *On the origin of species by means of natural selection, or the preservation of favored races in the struggle for life*. London: Murray
- DeHert, M, Dekker, J.M. & Wood, D. (2009). Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the study of Diabetes (EPSD) and the European Society of Cardiology (ECS). *European Psychiatry*, 24, 412-424.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (2012). Self-determination theory in health care and its relations to motivational interviewing: a few Comments. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9, 24.
- Deci E.L., & Ryan, R.M. (2000). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E.L., & Vansteenkiste, M. (2004). Self-determination theory and basic need satisfaction: understanding human development in positive psychology. *Ricerche di Psicologia*, 27, 17-34.

- Dishman, R.K. & Buckworth, J. (1996). Increasing physical activity: a qualitative synthesis. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 28, 706-719.
- Dweck, C. S. (1999). *Self-theories: Their role in motivation, personality, and development*. Philadelphia: Psychology Press (trad. it., *Teorie del sé. Intelligenza, motivazione, personalità e sviluppo*, Erikson: Trento 2000).
- Edwards, J. & McGorry P.D. (2004). *Intervento precoce nelle psicosi. Guida per l'organizzazione di Servizi efficaci e tempestivi*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Elmslie, J.L., Mann, J.I., Silverstone, J.T., Williams, S.M. & Romans, S.E. (2001). Determinants of overweight and obesity in patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62,486-491.
- Faulkner, G. & Biddle, S. (2001). Predicting physical activity promotion in health care settings. *American Journal of Health Promotion*, 16(2), 98-106.
- Faulkner, G. & Biddle, S. (2002). Mental health nursing and the promotion of physical activity. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 659-665.
- Fie, S., Norman, I.J.& While, A.E.(2011). The relationship between physicians' and nurses' personal physical activity habits and their health-promotion practice: a systematic review. *Higher Education Journal*, 72, 102-119.
- Ganguli, R. & Strassnig, M. (2011). Prevention of metabolic syndrome in serious mental illness. *Psychiatric Clinics of North America*, 34, 109-125.
- Gilson, T.A. & Feltz, D.L. (2012). Self-Efficacy and motivation in physical activity and sport: mediating processes and outcomes. In G.C. Roberts, & D.C. Treasure (Eds.) *Advance in motivation in sport and exercise* (pp. 271-297). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Giuliani, A., Micacchi, G. & Valenti, M. (2005). L'attività motoria nei servizi di salute mentale: evidenza scientifiche e linee guida. *Italian Journal of Sport Sciences*, 12, 116-124.
- Goffman, E. (1983). *Stigma, l'identità negata*. Milano: Giuffrè.

- Gorczynski, P. & Faulkner, G. (2010). Exercise therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 5*. Art.No.: CD004412. DOI: 10.1002/14651858.CD004412.pub2.
- Guay, F., Vallerand, R.J., & Blanchard, C. (2000). On the assessment of situational intrinsic and extrinsic motivation: The Situational Motivational Scale (SIMS). *Motivation and Emotion, 3*, 175-213.
- Hagberg, L.A., Lindahl, B., Nyberg, L. & Hellénus, M.L. (2009). Importance of enjoyment when promoting physical exercise. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports, 19*, 740-747.
- Hagger, M.S., & Chatzisarantis, N.L.D. (2012). Transferring motivation from educational to extramural contexts: a review of the trans-contextual model. *European Journal of Psychology of Education, 27*, 195-212.
- Hagger, M.S., & Chatzisarantis, N.L.D. (2007). The trans-contextual model of motivation. In M.S. Hagger & N.L.D. Chatzisarantis (Eds.) *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport* (pp.53-70). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Hagger, M.S., Chatzisarantis, N.L.D., & Biddle, S. (2002). A meta-analytic review of the theories of reasoned action and planned behavior in physical activity: Predictive validity and the contribution of additional variables. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 24(1)*, 3-32.
- Happell, B., Scott, D., Platania-Phung, C. & Nankivell, J. (2012). Nurses' view on physical activity for people with serious mental illness. *Mental Health and Physical Activity, 5*, 4-12.
- Hardy, S. & Thomas, B. (2012). Mental and physical health comorbidity: political imperatives and practice implications. *International Journal of Mental Health Nursing, 21*, 289-298.

- Hausenblas, H.A., Carron, A.V., & Mack, D.E. (1997). Application of the theories of reasoned action and planned behavior to exercise behavior: a meta-analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 19*(1), 36-51.
- International Physical Activity Questionnaires (IPAQ). Available from: <http://www.ipaq.ki.se/ipaq.htm>. [Accessed on June 2011].
- Jerome, G.J., Young, D.R., Dalcin, A., Charleston, J., Anthony, C., Hayes, J. et al., (2009). Physical activity levels of persons with mental illness attending psychiatric rehabilitation programs. *Schizophrenia Research 108* (1-3), 252-257.
- Jerome, G.J., Dalcin, A.T., Young, D.R. Stewartb, K.J., Crumd, R.M., Latking, C. et al., (2012). Rationale, design and baseline data for the Activating Consumers to Exercise through Peer Support (ACE trial): A randomized controlled trial to increase fitness among adults with mental illness. *Mental Health and Physical Activity, 5*(2), 166-174. doi:10.1016/j.mhpa.2012.05.002.
- Johnston,O., Kumar,S., Kendall, K., Peveler, R., Gabbay, J. & Kendrick, T. (2007 ). Qualitative study of depression management in primary care: GP and patient goals, and the value of listening. *British Journal of General Practice, 57*, 872-879.
- Jormfeldt, H., Svedberg, P., Fridlund, B., & Arvidsson, B. (2007). Perceptions of the concept of health among nurses in mental health services: A phenomenographic study. *International Journal of Mental Health Nursing, 16*, 50-56.
- Lawlor, D.A. & Hopker, S.W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal, 322*, 763-767.
- Leutwyler, H., Hubbard, E.M., Slater, M. & Jeste, D.V. (2014). “It’s good for me”: physical activity in older adults with schizophrenia. *Community Mental Health Journal, 50*, 75-80.

- Lindwall, M. & Aşçi, F.H. (2014). Physical activity and self-esteem. In A. Clow & S. Edmunds (Eds.) *Physical Activity and Mental Health* (pp. 83-104). Champaign, IL: Human Kinetics.
- MacHaffie, S. (2002). Health promotion information: sources and significance for those with serious and persistent mental illness. *Archives of Psychiatric Nurses*, 6, 263-274.
- Mannocci, A., Di Thiene, D., Del Cimmuto, A., Masala, D., Boccia, A., De Vito, G. et al. (2010). International Physical Activity Questionnaire: validation and assessment in an Italian sample. *Italian Journal of Public Health*, 7(4), 369-376.
- Marcus, B.H. & Forsyth, L.H. (2009). *Motivating People to be physically active*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Maslow, A.H., (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- McClellnal, J.M. & Werry, J.S. (1994). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child and adolescents psychiatry*, 33, 616-635.
- McDevitt, J., Snyder, M., Miller, A. & Wilbur, J.E. (2006). Perception of barriers and benefits to physical activity among outpatients in psychiatric rehabilitation. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 50-55.
- McDowell, N., McKenna, J., & Naylor, P.J. (1997). Factors that influence practice nurses to promote physical activity. *British Journal of Sports Medicine*, 31(4), 308-313.
- Ministero della Salute, Presidenza Italiana del Consiglio EU 2014. *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2012-2013*.  
[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2258\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2258_allegato.pdf)
- Mo, P.K.H., Blake, H. & Batt, M. (2011). Getting healthcare staff more active: the mediating role of self-efficacy. *British Journal of Health Psychology*, 16, 690-706.
- Moè, A. (2011). *Motivati si nasce o si diventa?* Bari: Editori Laterza

- Mosher, L.R. & Burti, L. (1989). *Community mental health: Principles and practice*. New York: Norton.
- Neve, E. (2004). Dal prendersi cura ai livelli essenziali di assistenza. In M. Dal Pra Ponticelli (Ed.) *Prendersi cura e lavoro di cura* (pp. 69-70). Padova: Fondazione Emanuela Zancan.
- Ng, J. Y.Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E.L., Ryan, R.M., Duda, J.L., & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7, 325-340.
- Nicholls, J. G. (1984). Achievement motivation: conception of ability, subjective experience, task choice, and performance. *Psychological Review*, 91, 328-346.
- Nicholls, J. G. (1989). *The competitive ethos and democratic education*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods (3<sup>rd</sup> ed.)*. London, England: Sage.
- Peart, N. D., Marsh, H. W. & Richards G. E. (2009). The Physical Self Description Questionnaire: furthering research linking physical self concept, physical activity and physical education. *Educational Psychology Review*, 2, 77-171.
- Pipe, A., Sorensen, M. & Reid, R. (2009). Physician smoking status, attitude toward smoking and cessation advise to patients: An international survey. *Patient Education and Counseling*, 74(1), 118-123.
- Pope, C. & Mays, N. (1995). Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *British Medical Journal*, 311, 42-45.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). The stages and processes of self-change in smoking: towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

- Progetto Obiettivo per la tutela della salute mentale, del 1994-1996. Decreto del Presidente della Repubblica, 7/04/1994, Gazzetta Ufficiale n. 93 del 22/04/1994.
- Progetto Obiettivo per la tutela della salute mentale 1998-2000. Decreto del Presidente della Repubblica, 1/11/1999. Gazzetta Ufficiale n. 274, del 22/11/1999.
- Rastad, C., Martin, C. & Åsenlöfet, P. (2014). Barriers, Benefits, and Strategies for Physical Activity in Patients With Schizophrenia. *Physical Therapy*, 94 (10), 1467-1480.
- Riccatto, R. (2013). Basaglia: cinquanta anni di lotte e successi. Excursus storico nella Psichiatria alternativa. <http://www.humantrainer.com>
- Richardson, C.R., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G.S., Hutchinson, D.S. & Piette, J.D. (2005). Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 56, 324-331.
- Rizzardo, R. (2006). L'organizzazione dell'assistenza psichiatrica. In Pavan, L. (Ed.), *Clinica Psichiatrica* (pp. 579-593). Padova: Cleup.
- Ryan, R.M., & Deci, E.L. (2007). Active human nature: Self-determination theory and the promotion and maintenance of sport, exercise, and health. In M.S. Hagger & N.L.D. Chatzisarantis (Eds.), *Intrinsic motivation and self-determination in exercise and sport* (pp. 1-19). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Ryan, R.M., Patrick, H., Deci, E.L., & Williams, G.C. (2008). Facilitating health behavior change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *The European Health Psychologist*, 10, 2-5.
- Roberts, G.C. & Kristiansen, E. (2012). Goal setting to enhance motivation in sport. In G.C. Roberts, & D.C. Treasure (Eds.) *Advance in motivation in sport and exercise* (pp. 207-227). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Sallis, J.F., Bauman, A. & Pratt, M. (1998). Environmental and policy interventions to promote physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 15, 379-397.

- Sallis, J.F. & Owen, N. (1999). *Physical activity and behavioral medicine*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Santonastato, P. (2006). Schizofrenia. In Pavan, L. (Ed.), *Clinica Psichiatrica*, (pp. 165-192). Padova: Cleup.
- Scanlan, T.K., & Simons, J.P. (1992). The construct of sport enjoyment. In G.C. Roberts (Ed.), *Motivation in sport and exercise* (pp.199-215). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Scarpa, S., Gobbi, E., Peggiaro, A. & Carraro, A. (2010). Un contributo alla validazione italiana del Physical Self Description Questionnaire Short. *Il giornale italiano di psicologia dello sport*, 8, 25-31.
- Scheper-Hughes, N. & Lovell, A.M. (1986). Breaking the circuit of social control: Lessons in public psychiatry from Italy and Franco Basaglia. *Social Sciences and Medicine*, 23, 159-178.
- Scott, D. & Happell, B. (2011). The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 32,589-597.
- Shiner, B., Whitley, R., Van Citters, A.D. ., (2008). Learning what matters for patients: qualitative evaluation of a health promotion program for those with serious mental illness. *Health Promotion International*, 23, 275-282.
- Skinner, F.B. (1971). *Beyond freedom and dignity*. New York: Knopf .
- Sistema Nazionale per le linee guida. Gli interventi precoci nella Schizofrenia, Ministero della Salute, 2007.
- Soundy, A., Stubbs, B., Probst, M., Hemmings, L. & Vancampfort, D. (2013). Barriers to and Facilitators of Physical Activity Among Persons With Schizophrenia: A Survey of Physical Therapists. *Journal Psychiatric Services*, DOI: 10.1176/appi.ps.201300276.
- Soundy, A., Kingstone, T., & Coffee, P. (2012). Understanding the psychosocial processes of physical activity for individuals with severe mental illness: a meta-ethnography. In L.

- L'Abate (Ed.) *Mental Illnesses: Evaluation, Treatments and Implications*. Rijeka, Croatia: InTech.
- Soundy, A., Faulkner, G., & Taylor, A. (2007). Exploring variability and perception of lifestyle physical activity among individuals with severe and enduring mental health problems: a qualitative study. *Journal of Mental Health, 16*, 493-503.
- Supaporn, S., & Griffin, L. (1998). Undergraduate students report their meaning and experiences of having fun in physical education. *Physical Educator, 55*, 57-70.
- Sweet, S.N., Fortier, M.S., Strachan, S.M., Blanchard, C.M. & Boulay, P. (2014). Testing a longitudinal integrated self-efficacy and self-determination theory model for physical activity post-cardiac rehabilitation. *Health Psychology Research, 2*, 30-36.
- Taylor, A.H. & Faulkner, G. (2008). Inaugural Editorial. *Mental Health and Physical Activity, 1*, 1-8.
- Ussher, M., Standbury, L., Cheeseman, V. & Faulkner, G. (2007). Physical activity preferences and perceived barriers to activity among persons with severe mental illness in the United Kingdom. *Psychiatric Service, 58*, 405-408.
- Vancampfort, D., Guelinkcx, H., Probst, M., Stubbs, B., Rosenbaum, S., Ward, P.B. et al. (2015). Associations between metabolic and aerobic fitness parameters in patients with schizophrenia. *The Journal of nervous and mental disease 203*(1), 23-27.
- Vancampfort, D., Probst, M., Scheewe, T., DeHerdt, A., Sweers, K., Knapen, J. et al. (2013). Relationships between physical fitness, physical activity, smoking and metabolic and mental health parameters in people with schizophrenia. *Psychiatry Research, 207*, 25-32.
- Vancampfort, D., Knapen, J., Probst, M., Scheewe, T., Remans, S. & De Hert, M. (2012a). A systematic review of correlates of physical activity in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 125*, 352-362.

- Vancampfort, D., Probst, M., Knapen, J., Carraro, A., & De Hert M. (2012b). Association between sedentary behavior and metabolic parameters in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, [http:// dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.03.046](http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.03.046).
- Vancampfort, D., Probst, M., Scheewe, T., Maurissen, K., Sweers, K., Knapen, J., et al. (2011). Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 120, 122-127.
- Verhaeghe, N., Clays, E., Vereecken, C., De Maeseneer, J., Maes, L., Van Heeringen, C. et al. (2013). Health promotion in individuals with mental disorders: a cluster preference randomized controlled trial. *BioMed Central Public Health*, 13, 657.
- Verhaeghe, N., De Maeseneer, J., Maes, L., Van Heeringen, C. & Annemans, L. (2011). Perception of mental health nurses and patientys about health propmotion in mental health care: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 487-492.
- Ware, J.E., Kosinski, M., Bjorner, J.B., Turner-Bowker, D.M., Gandek, B. & Marnish, M.E. (2008). *SF-36v2 Health Survey: Administration Guide for Clinical Trial Investigators*. Lincoln R.I.: Quality Metric Incorporated.
- Weineck, J. (2001). *L'allenamento ottimale*. Perugia: Calzetti Mariucci.
- Williams, G.C., Grow, V.M., Freedman, Z.R., Ryan, R.M. & Deci, E.L. (1996). Motivational Predictors of Weight Loss and Weight-Loss Maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 115-126.
- World Health Organization (2010) Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: WHO. Available from:  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf) [Accessed April 12, 2013]

## **Sitografia**

<http://www.gsbellaria.it/>

<http://www.anpis.it>

<http://www.uisp.it/nazionale/>

<https://it-it.facebook.com/ARTICS13>

<http://www.solidarieta.gsbellaria.it>

<http://istitutoricci.it/introduzione>

<http://www.terzocentro.it>

<http://www.salute.gov.it>

<http://www.heart.org>

<http://www.globalsportlario.it/>

<http://bonolaboys.blogspot.it/>

<https://it-it.facebook.com/pages/Associazione-funicul%C3%A0/216559415077705>

<http://www.ipaq.ki.se/ipaq.htm>

## ALLEGATI

### SCHEMA INFORMATIVA

Titolo dello studio: *Disturbi psicotici e motivazione all'esercizio: barriere, limiti e strategie di intervento*

Promotore: Dipartimento FISPPA, Università degli Studi di Padova.

Gentile Signora, gentile Signore,

Sono la Dott.ssa Ilaria Ferri e lavoro presso l'Università di Padova. Vorrei condurre uno studio, su persone che afferiscono ai Servizi di Salute Mentale Territoriale, coinvolti regolarmente nei gruppi di attività fisica proposti come parte integrante del trattamento terapeutico. Vorrei fornirLe alcune informazioni e invitarLa a partecipare a questo studio.

Se dovesse avere qualche dubbio o qualche domanda da fare, Lei potrà rivolgersi direttamente a me, Dott.ssa Ilaria Ferri.

Lo studio, così come questo Consenso Informato, è stato approvato dal Comitato Etico per la sperimentazione clinica della Provincia di Padova (CESC) (il Comitato Etico è un organismo incaricato di assicurare che lo studio sia condotto nel rispetto della salute e della dignità della persona).

L'obiettivo di questo studio è di indagare la motivazione nei confronti dell'attività fisica delle persone coinvolte.

La Sua partecipazione a questo studio è volontaria. Lei potrà scegliere se partecipare o meno oppure interrompere la sua partecipazione in qualsiasi momento, senza dare spiegazioni.

La sua partecipazione allo studio consisterà in un incontro durante il quale verranno rilevate informazioni relative alla sua data di nascita, al sesso, al suo peso e alla sua statura. Inoltre le sarà chiesto di compilare un pacchetto di questionari relativi alle abitudini motorie, all'autostima e alle abilità sportive, alla motivazione ad essere fisicamente attivi, all' enjoyment (il piacere di fare movimento) e allo stato di salute per un tempo complessivo di 20 minuti.

## MODULO DI CONSENSO

### DICHIARAZIONE E FIRMA DELLA PERSONA CHE PARTECIPA ALLO STUDIO

Io sottoscritto/a .....ho letto il modulo dell'Informativa per questo studio. Ho ricevuto una spiegazione sulla natura, scopo, durata e cosa ci si aspetta che io debba fare. Mi sono state date tutte le risposte alle mie domande.

Sono d'accordo a partecipare a questo studio e ho compreso che la mia partecipazione a questo studio è volontaria e posso rifiutare di partecipare o posso ritirarmi dallo studio in qualsiasi momento.

Mi sarà fornito un originale firmato di questo modulo da tenere nella mia documentazione.

Accetto di partecipare allo studio  SI  NO

Firma del Partecipante \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### FIRMA DEL TUTORE LEGALE (SE APPLICABILE)

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE DEL RICERCATORE

Io sottoscritta Dott.ssa *Ilaria Ferri* dichiaro:

- di aver spiegato in modo completo al soggetto lo studio e certifico che, al meglio delle mie conoscenze, il soggetto, firmando questo consenso informato, ha compreso la natura e le richieste correlate alla partecipazione a questo studio
- di aver consegnato un originale del Consenso Informato, firmato e datato dal soggetto

Firma del Ricercatore \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# QUESTIONARIO SULL'ATTIVITÀ FISICA

Università degli Studi di Padova

*Dipartimento FISPPA*

(Operatori)

*Genere:* M  F  *Data:* ...../...../.....

*Età:* .....

*Pratica sport o svolge regolarmente attività motoria:* SI  NO

*Se si, quale*

.....

*Studente*  *Lavoratore*  *Non occupato*

*Se lavoratore, qual è la sua occupazione*

.....

/

Le seguenti domande vogliono capire per quanto tempo ha fatto dell'attività fisica negli ultimi 7 giorni, includono domande riguardo le attività che svolge al lavoro, per spostarsi da un posto all'altro, come durante i lavori domestici e di cura dell'abitazione ed infine durante il suo tempo libero.

Le sue risposte sono importanti. La preghiamo di rispondere a tutte le domande.

Nel rispondere alle domande la preghiamo di tenere in considerazione i seguenti criteri ;

- Per **INTENSA** attività fisica si intende una attività che richiede uno sforzo fisico elevato e che la costringe a respirare con un ritmo molto più elevato del normale.
- Per **MODERATA** attività si intende una attività che richiede uno sforzo fisico moderato e che la costringe a respirare con un ritmo solo moderatamente più elevato del normale.

Nel rispondere alle domande, tenga conto solo di quelle attività che l'hanno impegnata per **almeno 10 minuti** ogni volta.

**N.B.**

**Risponda una sola volta per ogni domanda e segua le eventuali istruzioni tra parentesi.**

**1a** Negli ultimi 7 giorni, per quanti giorni lei ha compiuto attività fisiche **INTENSE**, come ad esempio sollevamento di pesi, scavo di buchi nel terreno, attività aerobiche o corse veloci in bicicletta ?

\_\_\_\_\_ giorni alla settimana

Nemmeno uno → (vada alla domanda **2a**)

**1b** Quanto tempo in totale, normalmente in **uno** di questi giorni, lei ha trascorso compiendo attività fisiche **INTENSE** ?

\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ minuti

**2a** Negli ultimi 7 giorni, per quanti giorni lei ha compiuto attività fisiche **MODERATE**, come ad esempio trasporto di pesi leggeri, escursioni in bicicletta ad una velocità regolare, partite a Tennis in doppio? Non consideri le camminate

\_\_\_\_\_ giorni alla settimana

Nemmeno uno → (vada alla domanda **3a**)

**2b** Quanto tempo in totale, normalmente in **uno** di questi giorni, lei ha trascorso compiendo attività fisiche **MODERATE** ?

\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ minuti

**3a** Negli ultimi 7 giorni, per quanti giorni lei ha camminato per **almeno 10 minuti** ogni volta ?

Consideri le camminate compiute al lavoro e a casa, quelle per spostarsi da un posto ad un altro, ed ogni altra camminata che le e' capitato di fare anche solo per piacere, esercizio o sport.

\_\_\_\_\_ giorni alla settimana

Nemmeno uno → (vada alla domanda **4a**)

**3b** Per quanto tempo in totale, normalmente in **uno** di questi giorni, lei ha camminato ?

\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ minuti

**3c** A che passo lei ha prevalentemente camminato ? Ha camminato ad un :

passo **INTENSO**, che l' ha fatta respirare ad un ritmo molto più elevato del normale

passo **MODERATO**, che l' ha fatta respirare ad un ritmo solo moderatamente più elevato del normale

passo **LENTO**, tale che non c'e' stato nessun cambiamento nel suo ritmo di respiro

**4a** Le ultime domande riguardano il tempo che lei ha trascorso ogni giorno stando seduto. Mentre era al lavoro, a casa, mentre si recava al lavoro e durante il tempo libero. E' compreso il tempo trascorso seduto ad una scrivania, mentre stava visitando degli amici, quando ha letto qualcosa, o si e seduto o disteso per guardare la televisione.

Negli ultimi 7 giorni, quanto tempo in totale lei ha trascorso rimanendo seduto, durante **un giorno** lavorativo ?

\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ minuti

**4b** Negli ultimi 7 giorni, quanto tempo in totale lei ha trascorso rimanendo seduto, durante **un giorno** del fine settimana ?

\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ minuti

Per favore risponda ad ogni affermazione in base a come si sente in questo momento, senza lasciare nessuna risposta in bianco.

Quando è pronto a cominciare legga ciascuna affermazione e decida la sua risposta. Ci sono sei possibili risposte per ogni domanda “Vero”, “Falso” e quattro risposte intermedie. Per rispondere alle domande deve scegliere tra le sei alternative possibili.

**Cerchi il numero** corrispondente all’affermazione **più corretta** rispetto a lei.

	Falso					Vero
1. Gli altri pensano che io sia bravo a praticare sport	1	2	3	4	5	6
2. Nel complesso molte cose che faccio si concludono bene	1	2	3	4	5	6
3. Sono bravo nella maggior parte degli sport	1	2	3	4	5	6
4. Ho buone abilità sportive	1	2	3	4	5	6
5. Nel complesso non sono in gamba	1	2	3	4	5	6
6. Faccio bene la maggior parte delle cose	1	2	3	4	5	6
7. Pratico bene gli sport	1	2	3	4	5	6
8. Nel complesso ho molto di cui essere fiero	1	2	3	4	5	6
9. Nulla di ciò che faccio sembra andare bene	1	2	3	4	5	6

Le affermazioni seguenti rappresentano alcuni motivi per cui le persone partecipano ad un'attività. Indichi quanto è d'accordo con ciascuna delle affermazioni cerchiando il numero che corrisponde maggiormente al suo pensiero. Risponda ad ogni affermazione secondo la seguente scala:

Per nulla d'accordo	Molto poco d'accordo	Poco d'accordo	Mediamente d'accordo	Abbastanza d'accordo	Fortemente d'accordo	Completamente d'accordo
1	2	3	4	5	6	7

### PERCHÉ PRATICA ATTIVITÀ FISICHE E SPORTIVE?

1. Perché trovo queste attività interessanti	1	2	3	4	5	6	7
2. Perché ho scelto di farle per il mio benessere	1	2	3	4	5	6	7
3. Perché sono spinto dagli altri a praticarle	1	2	3	4	5	6	7
4. Potrebbero esserci buoni motivi per praticare queste attività, ma personalmente non ne vedo alcuno	1	2	3	4	5	6	7
5. Perché trovo queste attività veramente piacevoli	1	2	3	4	5	6	7
6. Perché trovo che queste attività mi facciano bene	1	2	3	4	5	6	7
7. Perché è qualcosa che sono obbligato a fare	1	2	3	4	5	6	7
8. Pratico queste attività ma non sono sicuro se ne valga la pena	1	2	3	4	5	6	7
9. Perché trovo queste attività divertenti	1	2	3	4	5	6	7
10. Per una mia decisione personale	1	2	3	4	5	6	7
11. Perché non ho altra scelta che farle	1	2	3	4	5	6	7
12. Non lo so, non ne vedo il vantaggio	1	2	3	4	5	6	7
13. Per il benessere che provo quando faccio queste attività	1	2	3	4	5	6	7
14. Perché credo che queste attività siano importanti per me	1	2	3	4	5	6	7
15. Perché gli altri si aspettano che io le faccia	1	2	3	4	5	6	7
16. Pratico queste attività, ma mi chiedo se sia una buona cosa continuare	1	2	3	4	5	6	7

Legga attentamente le affermazioni riportate qui sotto, assegnando ad ognuna un punteggio secondo questa scala:

Sono in completo disaccordo	Sono in disaccordo	Sono incerto o in posizione neutrale	Sono d'accordo	Sono completamente d'accordo
1	2	3	4	5

***Quando pratico attività fisica:***

1. mi diverto	1	2	3	4	5
2. mi annoio	1	2	3	4	5
3. non mi piace	1	2	3	4	5
4. lo trovo piacevole	1	2	3	4	5
5. non mi diverto per niente	1	2	3	4	5
6. mi dà energia	1	2	3	4	5
7. mi fa sentire depresso	1	2	3	4	5
8. è molto piacevole	1	2	3	4	5
9. il mio corpo si sente bene	1	2	3	4	5
10. ottengo qualcosa	1	2	3	4	5
11. è molto eccitante	1	2	3	4	5
12. mi dà frustrazione	1	2	3	4	5
13. non è per niente interessante	1	2	3	4	5
14. mi dà una forte sensazione di successo	1	2	3	4	5
15. mi fa sentire bene	1	2	3	4	5
16. mi sento come se preferissi fare qualcos'altro	1	2	3	4	5

Il questionario che segue intende valutare cosa lei pensa della sua salute. Le informazioni raccolte permetteranno di conoscere come si sente e come riesce a svolgere le sue attività quotidiane.

Risponda a ciascuna domanda del questionario indicando la sua risposta con una X. Se non si sente certo della risposta, effettui la scelta che comunque le sembra migliore.

1. In generale, direbbe che la sua salute è: (Indichi un numero)

<b>Eccellente</b>	<b>Molto buona</b>	<b>Buona</b>	<b>Passabile</b>	<b>Scadente</b>
1	2	3	4	5

2. Rispetto ad un anno fa, come giudicherebbe, ora, la sua salute in generale? (Indichi un numero)

<b>Decisamente migliore adesso rispetto ad un anno fa</b>	<b>Un po' migliore adesso rispetto ad un anno fa</b>	<b>Più o meno uguale rispetto ad un anno fa</b>	<b>Un po' peggiore adesso rispetto ad un anno fa</b>	<b>Decisamente peggiore adesso rispetto ad un anno fa</b>
1	2	3	4	5

3. Le seguenti domande riguardano alcune attività che potrebbe svolgere nel corso di una qualsiasi giornata. La sua salute la limita attualmente nello svolgimento di queste attività?

(Indichi per ogni domanda il numero 1,

2, o 3)

	<b>SI, mi limita parecchio</b>	<b>SI, mi limita parzialmente</b>	<b>NO, non mi limita per nulla</b>
a. <b>Attività fisicamente impegnative</b> , come correre, sollevare oggetti pesanti, praticare sport faticosi	1	2	3
b. <b>Attività di moderato impegno fisico</b> , come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta	1	2	3
c. Sollevare o portare le borse della spesa	1	2	3
d. Salire <b>qualche</b> piano di scale	1	2	3
e. Salire <b>un</b> piano di scale	1	2	3
f. Piegarsi, inginocchiarsi o chinarsi	1	2	3
g. Camminare <b>per un chilometro</b>	1	2	3
h. Camminare <b>per qualche centinaia di metri</b>	1	2	3
i. Camminare <b>per circa cento metri</b>	1	2	3
l. Fare il bagno o vestirsi da soli	1	2	3

4. Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della sua **salute fisica**?

(Indichi per ogni domanda il

numero 1 o 2)

	<b>Sempre</b>	<b>Quasi sempre</b>	<b>Una parte del tempo</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Mai</b>
a. Ha ridotto <b>il tempo</b> dedicato al lavoro o ad altre attività	1	2	3	4	5
b. Ha <b>reso</b> meno di quanto avrebbe voluto	1	2	3	4	5
c. Ha dovuto limitare alcuni <b>tipi</b> di lavoro o di altre attività	1	2	3	4	5
d. Ha avuto <b>difficoltà</b> nell'eseguire il lavoro o altre attività (ad esempio, ha fatto più fatica)	1	2	3	4	5

5. Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività, a causa del suo **stato emotivo** (quale il sentirsi depresso o ansioso)?

(Indichi per ogni domanda il

numero 1 o 2)

	<b>Sempre</b>	<b>Quasi sempre</b>	<b>Una parte del tempo</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Mai</b>
a. Ha ridotto <b>il tempo</b> dedicato al lavoro o ad altre attività	1	2	3	4	5
b. Ha <b>reso</b> meno di quanto avrebbe voluto	1	2	3	4	5
c. Ha avuto un calo di <b>concentrazione</b> sul lavoro o in altre attività	1	2	3	4	5

6. Nelle ultime 4 settimane, in che misura la sua salute fisica o il suo stato emotivo hanno interferito con le normali attività sociali con la famiglia, gli amici, i vicini di casa, i gruppi di cui fa parte? (Indichi un numero)

<b>Per nulla</b>	<b>Leggermente</b>	<b>Un po'</b>	<b>Molto</b>	<b>Moltissimo</b>
1	2	3	4	5

7. Quanto dolore fisico ha provato nelle ultime 4 settimane? (Indichi un numero)

<b>Nessuno</b>	<b>Molto lieve</b>	<b>Lieve</b>	<b>Moderato</b>	<b>Forte</b>	<b>Molto forte</b>
1	2	3	4	5	6

8. Nelle ultime 4 settimane, in che misura il dolore l'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)? (Indichi un numero)

<b>Per nulla</b>	<b>Molto poco</b>	<b>Un po'</b>	<b>Molto</b>	<b>Moltissimo</b>
1	2	3	4	5

9. Le seguenti domande si riferiscono a come si è sentito nelle ultime 4 settimane. Risponda a ciascuna domanda scegliendo la risposta che più si avvicina al suo caso. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito...

(Indichi un numero per ogni

domanda)

	<b>Sempre</b>	<b>Quasi sempre</b>	<b>Molto Tempo</b>	<b>Una parte del tempo</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Mai</b>
a. vivace brillante?	1	2	3	4	5	6
b. molto agitato?	1	2	3	4	5	6
c. così giù di morale che niente avrebbe potuto tirarLa su?	1	2	3	4	5	6
d. calmo e sereno?	1	2	3	4	5	6
e. pieno di energia?	1	2	3	4	5	6
f. scoraggiato e triste?	1	2	3	4	5	6
g. sfinito?	1	2	3	4	5	6
h. felice?	1	2	3	4	5	6
i. stanco?	1	2	3	4	5	6

10. Nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo la sua salute fisica o il suo stato emotivo hanno interferito nelle sue attività sociali, in famiglia, con gli amici? (Indichi un numero)

<b>Sempre</b>	<b>Quasi sempre</b>	<b>Una parte del tempo</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Mai</b>
1	2	3	4	5

11. Scegli la risposta che meglio descrive quanto siano **VERE** o **FALSE** le seguenti affermazioni.

(Indichi un numero per ogni

affermazione)

	<b>Certamente vero</b>	<b>In gran parte vero</b>	<b>Non so</b>	<b>In gran parte falso</b>	<b>Certamente falso</b>
a. Mi pare di ammalarmi un po' più facilmente degli altri	1	2	3	4	5
b. La mia salute è come quella degli altri	1	2	3	4	5
c. Mi aspetto che la mia salute andrà peggiorando	1	2	3	4	5
d. Godo di ottima salute	1	2	3	4	5



# QUESTIONARIO SULL'ATTIVITÀ FISICA

Università degli Studi di Padova

*Dipartimento FISPPA*

(Pazienti)

*Genere:* M  F  *Data:* ...../...../.....

*Età:* .....

*Pratica sport o svolge regolarmente attività motoria:* SI  NO

*Se si, quale*

.....

*Studente*  *Lavoratore*  *Non occupato*

*Se lavoratore, qual è la sua occupazione*

.....

/

Le seguenti domande vogliono capire per quanto tempo ha fatto dell'attività fisica negli ultimi 7 giorni, includono domande riguardo le attività che svolge al lavoro, per spostarsi da un posto all'altro, come durante i lavori domestici e di cura dell'abitazione ed infine durante il suo tempo libero.

Le sue risposte sono importanti. La preghiamo di rispondere a tutte le domande.

Nel rispondere alle domande la preghiamo di tenere in considerazione i seguenti criteri ;

- Per **INTENSA** attività fisica si intende una attività che richiede uno sforzo fisico elevato e che la costringe a respirare con un ritmo molto più elevato del normale.
- Per **MODERATA** attività si intende una attività che richiede uno sforzo fisico moderato e che la costringe a respirare con un ritmo solo moderatamente più elevato del normale.

Nel rispondere alle domande, tenga conto solo di quelle attività che l'hanno impegnata per **almeno 10 minuti** ogni volta.

**N.B.**

**Risponda una sola volta per ogni domanda e segua le eventuali istruzioni tra parentesi.**

**1a** Negli ultimi 7 giorni, per quanti giorni lei ha compiuto attività fisiche **INTENSE**, come ad esempio sollevamento di pesi, scavo di buchi nel terreno, attività aerobiche o corse veloci in bicicletta ?

\_\_\_\_\_ giorni alla settimana

Nemmeno uno → (vada alla domanda **2a**)

**1b** Quanto tempo in totale, normalmente in **uno** di questi giorni, lei ha trascorso compiendo attività fisiche **INTENSE** ?

\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ minuti

**2a** Negli ultimi 7 giorni, per quanti giorni lei ha compiuto attività fisiche **MODERATE**, come ad esempio trasporto di pesi leggeri, escursioni in bicicletta ad una velocità regolare, partite a Tennis in doppio? Non consideri le camminate

\_\_\_\_\_ giorni alla settimana

Nemmeno uno → (vada alla domanda **3a**)

**2b** Quanto tempo in totale, normalmente in **uno** di questi giorni, lei ha trascorso compiendo attività fisiche **MODERATE** ?

\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ minuti

**3a** Negli ultimi 7 giorni, per quanti giorni lei ha camminato per **almeno 10 minuti** ogni volta ?

Consideri le camminate compiute al lavoro e a casa, quelle per spostarsi da un posto ad un altro, ed ogni altra camminata che le e' capitato di fare anche solo per piacere, esercizio o sport.

\_\_\_\_\_ giorni alla settimana

Nemmeno uno → (vada alla domanda **4a**)

**3b** Per quanto tempo in totale, normalmente in **uno** di questi giorni, lei ha camminato ?

\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ minuti

**3c** A che passo lei ha prevalentemente camminato ? Ha camminato ad un :

passo **INTENSO**, che l' ha fatta respirare ad un ritmo molto più elevato del normale

passo **MODERATO**, che l' ha fatta respirare ad un ritmo solo moderatamente più elevato del normale

passo **LENTO**, tale che non c'e' stato nessun cambiamento nel suo ritmo di respiro

**4a** Le ultime domande riguardano il tempo che lei ha trascorso ogni giorno stando seduto. Mentre era al lavoro, a casa, mentre si recava al lavoro e durante il tempo libero. E' compreso il tempo trascorso seduto ad una scrivania, mentre stava visitando degli amici, quando ha letto qualcosa, o si e seduto o disteso per guardare la televisione.

Negli ultimi 7 giorni, quanto tempo in totale lei ha trascorso rimanendo seduto, durante **un giorno** lavorativo ?

\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ minuti

**4b** Negli ultimi 7 giorni, quanto tempo in totale lei ha trascorso rimanendo seduto, durante **un giorno** del fine settimana ?

\_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ minuti

Per favore risponda ad ogni affermazione in base a come si sente in questo momento, senza lasciare nessuna risposta in bianco.

Quando è pronto a cominciare legga ciascuna affermazione e decida la sua risposta. Ci sono sei possibili risposte per ogni domanda “Vero”, “Falso” e quattro risposte intermedie. Per rispondere alle domande deve scegliere tra le sei alternative possibili.

**Cerchi il numero** corrispondente all’affermazione **più corretta** rispetto a lei.

	Falso					Vero
10. Gli altri pensano che io sia bravo a praticare sport	1	2	3	4	5	6
11. Nel complesso molte cose che faccio si concludono bene	1	2	3	4	5	6
12. Sono bravo nella maggior parte degli sport	1	2	3	4	5	6
13. Ho buone abilità sportive	1	2	3	4	5	6
14. Nel complesso non sono in gamba	1	2	3	4	5	6
15. Faccio bene la maggior parte delle cose	1	2	3	4	5	6
16. Pratico bene gli sport	1	2	3	4	5	6
17. Nel complesso ho molto di cui essere fiero	1	2	3	4	5	6
18. Nulla di ciò che faccio sembra andare bene	1	2	3	4	5	6

Le affermazioni seguenti rappresentano alcuni motivi per cui le persone partecipano ad un'attività. Indichi quanto è d'accordo con ciascuna delle affermazioni cerchiando il numero che corrisponde maggiormente al suo pensiero. Risponda ad ogni affermazione secondo la seguente scala:

Per nulla d'accordo	Molto poco d'accordo	Poco d'accordo	Mediamente d'accordo	Abbastanza d'accordo	Fortemente d'accordo	Completamente d'accordo
1	2	3	4	5	6	7

### PERCHÉ PRATICA ATTIVITÀ FISICHE E SPORTIVE?

17. Perché trovo queste attività interessanti	1	2	3	4	5	6	7
18. Perché ho scelto di farle per il mio benessere	1	2	3	4	5	6	7
19. Perché sono spinto dagli altri a praticarle	1	2	3	4	5	6	7
20. Potrebbero esserci buoni motivi per praticare queste attività, ma personalmente non ne vedo alcuno	1	2	3	4	5	6	7
21. Perché trovo queste attività veramente piacevoli	1	2	3	4	5	6	7
22. Perché trovo che queste attività mi facciano bene	1	2	3	4	5	6	7
23. Perché è qualcosa che sono obbligato a fare	1	2	3	4	5	6	7
24. Pratico queste attività ma non sono sicuro se ne valga la pena	1	2	3	4	5	6	7
25. Perché trovo queste attività divertenti	1	2	3	4	5	6	7
26. Per una mia decisione personale	1	2	3	4	5	6	7
27. Perché non ho altra scelta che farle	1	2	3	4	5	6	7
28. Non lo so, non ne vedo il vantaggio	1	2	3	4	5	6	7
29. Per il benessere che provo quando faccio queste attività	1	2	3	4	5	6	7
30. Perché credo che queste attività siano importanti per me	1	2	3	4	5	6	7
31. Perché gli altri si aspettano che io le faccia	1	2	3	4	5	6	7
32. Pratico queste attività, ma mi chiedo se sia una buona cosa continuare	1	2	3	4	5	6	7

Il questionario seguente riguarda le relazioni con il personale sanitario. Vorremmo sapere come lei si sente negli incontri con gli operatori sanitari (medici, infermieri, psicologi, educatori), che hanno diversi stili di approccio nei confronti dei pazienti. Le sue risposte sono confidenziali, La invitiamo all'onestà e alla sincerità.

1. Sento che il personale sanitario mi ha fornito diverse alternative e possibilità di scelta.

1	2	3	4	5	6	7	
Completamente in disaccordo			neutrale		Completamente d'accordo		

2. Mi sento capito/a dal personale sanitario.

1	2	3	4	5	6	7	
Completamente in disaccordo			neutrale		Completamente d'accordo		

3. Il personale sanitario dimostra fiducia nelle mie capacità di cambiamento.

1	2	3	4	5	6	7	
Completamente in disaccordo			neutrale		Completamente d'accordo		

4. Il personale sanitario mi incoraggia a fare domande.

1	2	3	4	5	6	7	
Completamente in disaccordo			neutrale		Completamente d'accordo		

5. Il personale sanitario ascolta come vorrei fare le cose.

1	2	3	4	5	6	7	
Completamente in disaccordo			neutrale		Completamente d'accordo		

6. Il personale sanitario cerca di capire come vedo le cose prima di propormi un nuovo modo di farle.

1	2	3	4	5	6	7	
Completamente in disaccordo			neutrale		Completamente d'accordo		

Legga attentamente le affermazioni riportate qui sotto, assegnando ad ognuna un punteggio secondo questa scala:

Sono in completo disaccordo	Sono in disaccordo	Sono incerto o in posizione neutrale	Sono d'accordo	Sono completamente d'accordo
1	2	3	4	5

***Quando pratico attività fisica:***

17. mi diverto	1	2	3	4	5
18. mi annoio	1	2	3	4	5
19. non mi piace	1	2	3	4	5
20. lo trovo piacevole	1	2	3	4	5
21. non mi diverto per niente	1	2	3	4	5
22. mi dà energia	1	2	3	4	5
23. mi fa sentire depresso	1	2	3	4	5
24. è molto piacevole	1	2	3	4	5
25. il mio corpo si sente bene	1	2	3	4	5
26. ottengo qualcosa	1	2	3	4	5
27. è molto eccitante	1	2	3	4	5
28. mi dà frustrazione	1	2	3	4	5
29. non è per niente interessante	1	2	3	4	5
30. mi dà una forte sensazione di successo	1	2	3	4	5
31. mi fa sentire bene	1	2	3	4	5
32. mi sento come se preferissi fare qualcos'altro	1	2	3	4	5

Il questionario che segue intende valutare cosa lei pensa della sua salute. Le informazioni raccolte permetteranno di conoscere come si sente e come riesce a svolgere le sue attività quotidiane.

Risponda a ciascuna domanda del questionario indicando la sua risposta con una X. Se non si sente certo della risposta, effettui la scelta che comunque le sembra migliore.

1. In generale, direbbe che la sua salute è: (Indichi un numero)

<b>Eccellente</b>	<b>Molto buona</b>	<b>Buona</b>	<b>Passabile</b>	<b>Scadente</b>
1	2	3	4	5

2. Rispetto ad un anno fa, come giudicherebbe, ora, la sua salute in generale? (Indichi un numero)

<b>Decisamente migliore adesso rispetto ad un anno fa</b>	<b>Un po' migliore adesso rispetto ad un anno fa</b>	<b>Più o meno uguale rispetto ad un anno fa</b>	<b>Un po' peggiore adesso rispetto ad un anno fa</b>	<b>Decisamente peggiore adesso rispetto ad un anno fa</b>
1	2	3	4	5

3. Le seguenti domande riguardano alcune attività che potrebbe svolgere nel corso di una qualsiasi giornata. La sua salute la limita attualmente nello svolgimento di queste attività?

(Indichi per ogni domanda il numero 1, 2, o 3)

	<b>SI, mi limita parecchio</b>	<b>SI, mi limita parzialmente</b>	<b>NO, non mi limita per nulla</b>
a. <b>Attività fisicamente impegnative</b> , come correre, sollevare oggetti pesanti, praticare sport faticosi	1	2	3
b. <b>Attività di moderato impegno fisico</b> , come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta	1	2	3
c. Sollevare o portare le borse della spesa	1	2	3
d. Salire <b>qualche</b> piano di scale	1	2	3
e. Salire <b>un</b> piano di scale	1	2	3
f. Piegarsi, inginocchiarsi o chinarsi	1	2	3
g. Camminare <b>per un chilometro</b>	1	2	3
h. Camminare <b>per qualche centinaia di metri</b>	1	2	3
i. Camminare <b>per circa cento metri</b>	1	2	3
l. Fare il bagno o vestirsi da soli	1	2	3

4. Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della sua **salute fisica**?

(Indichi per ogni domanda il numero 1 o 2)

	<b>Sempre</b>	<b>Quasi sempre</b>	<b>Una parte del tempo</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Mai</b>
a. Ha ridotto <b>il tempo</b> dedicato al lavoro o ad altre attività	1	2	3	4	5
b. Ha <b>reso</b> meno di quanto avrebbe voluto	1	2	3	4	5
c. Ha dovuto limitare alcuni <b>tipi</b> di lavoro o di altre attività	1	2	3	4	5
d. Ha avuto <b>difficoltà</b> nell'eseguire il lavoro o altre attività (ad esempio, ha fatto più fatica)	1	2	3	4	5

5. Nelle ultime 4 settimane, ha riscontrato i seguenti problemi sul lavoro o nelle altre attività, a causa del suo **stato emotivo** (quale il sentirsi depresso o ansioso)?

(Indichi per ogni domanda il numero 1 o 2)

	<b>Sempre</b>	<b>Quasi sempre</b>	<b>Una parte del tempo</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Mai</b>
a. Ha ridotto <b>il tempo</b> dedicato al lavoro o ad altre attività	1	2	3	4	5
b. Ha <b>reso</b> meno di quanto avrebbe voluto	1	2	3	4	5
c. Ha avuto un calo di <b>concentrazione</b> sul lavoro o in altre attività	1	2	3	4	5

6. Nelle ultime 4 settimane, in che misura la sua salute fisica o il suo stato emotivo hanno interferito con le normali attività sociali con la famiglia, gli amici, i vicini di casa, i gruppi di cui fa parte? (Indichi un numero)

<b>Per nulla</b>	<b>Leggermente</b>	<b>Un po'</b>	<b>Molto</b>	<b>Moltissimo</b>
1	2	3	4	5

7. Quanto dolore fisico ha provato nelle ultime 4 settimane? (Indichi un numero)

<b>Nessuno</b>	<b>Molto lieve</b>	<b>Lieve</b>	<b>Moderato</b>	<b>Forte</b>	<b>Molto forte</b>
1	2	3	4	5	6

8. Nelle ultime 4 settimane, in che misura il dolore l'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)? (Indichi un numero)

<b>Per nulla</b>	<b>Molto poco</b>	<b>Un po'</b>	<b>Molto</b>	<b>Moltissimo</b>
1	2	3	4	5

9. Le seguenti domande si riferiscono a come si è sentito nelle ultime 4 settimane. Risponda a ciascuna domanda scegliendo la risposta che più si avvicina al suo caso. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito...

(Indichi un numero per ogni domanda)

	<b>Sempre</b>	<b>Quasi sempre</b>	<b>Molto Tempo</b>	<b>Una parte del tempo</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Mai</b>
a. vivace brillante?	1	2	3	4	5	6
b. molto agitato?	1	2	3	4	5	6
c. così giù di morale che niente avrebbe potuto tirarLa su?	1	2	3	4	5	6
d. calmo e sereno?	1	2	3	4	5	6
e. pieno di energia?	1	2	3	4	5	6
f. scoraggiato e triste?	1	2	3	4	5	6
g. sfinito?	1	2	3	4	5	6
h. felice?	1	2	3	4	5	6
i. stanco?	1	2	3	4	5	6

10. Nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo la sua salute fisica o il suo stato emotivo hanno interferito nelle sue attività sociali, in famiglia, con gli amici? (Indichi un numero)

<b>Sempre</b>	<b>Quasi sempre</b>	<b>Una parte del tempo</b>	<b>Quasi mai</b>	<b>Mai</b>
1	2	3	4	5

11. Scelga la risposta che meglio descrive quanto siano **VERE** o **FALSE** le seguenti affermazioni.

(Indichi un numero per ogni affermazione)

	<b>Certamente vero</b>	<b>In gran parte vero</b>	<b>Non so</b>	<b>In gran parte falso</b>	<b>Certamente falso</b>
a. Mi pare di ammalarmi un po' più facilmente degli altri	1	2	3	4	5
b. La mia salute è come quella degli altri	1	2	3	4	5
c. Mi aspetto che la mia salute andrà peggiorando	1	2	3	4	5
d. Godo di ottima salute	1	2	3	4	5

Università degli Studi di Padova

*Dipartimento FISPPA*

---

## SCHEMA di INFORMAZIONE-CONSENSO

Gentile Signora, gentile Signore,

chiediamo il suo consenso ad effettuare una audio/video registrazione dell'incontro che si svolgerà in data..... presso la struttura.....

per un progetto di ricerca che riguarda le abitudini e la motivazione nei confronti dell'attività fisica.

Le assicuriamo che i suoi dati personali saranno trattati con modalità idonee a garantire l'anonimato, con la massima riservatezza, confidenzialità e sicurezza, in conformità al D.Lgs 30 Giugno 2003 n. 196 e alle vigenti autorizzazioni del Garante per la protezione dei dati personali sensibili.

Firma del Partecipante

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_