

MENTAL
EUROPEAN
NETWORK
OF SPORT
EVENTS

MENS
PROJECT



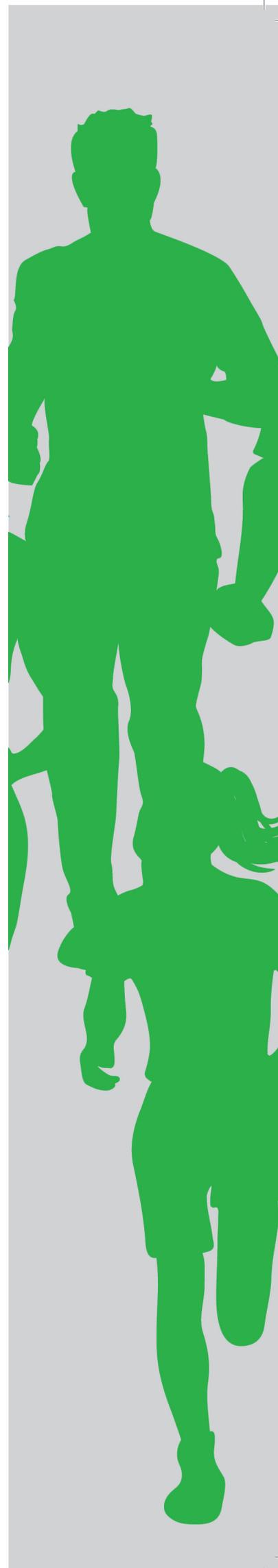
12 POLICY PAPERS

SU SPORT ED ESERCIZIO FISICO
PER PROMUOVERE LA SALUTE MENTALE
E LA VITA ATTIVA

M.E.N.S. Project
Mental European Network of Sports

Giugno 2018

Con il supporto di





Mens Sana in Corpore Sano



Attraverso il nostro lavoro

Abbiamo riscoperto l'impatto positivo che una vita attiva può avere sulla salute mentale e i benefici terapeutici che offre a tutte le persone che soffrono di disturbi mentali.

Auspichiamo che la lettura di questo documento aiuti ciascuno nella propria ricerca personale o in qualsiasi altro percorso lo abbia portato fin qui.

Il supporto della Commissione Europea per la produzione di questa pubblicazione non costituisce un'approvazione dei contenuti, che riflettono solo le opinioni degli autori. La commissione non può essere ritenuta responsabile per qualsiasi uso che possa essere fatto delle informazioni in essa contenute.

Sommario

Premessa.....	5
Ringraziamenti	7
Introduzione	8
Il progetto	8
Il partenariato.....	11
La rete	12
Documenti di approfondimento	13
01 Sport, attività fisica ed esercizio associate alla salute mentale: politiche e buone pratiche nell'Unione Europea.....	14
02 Sviluppo di modelli di riferimento per programmi di attività fisica, sport ed eventi sportivi	42
03 Indicatori mentali ed attività fisica	63
04 Il ruolo Preventivo dell'Attività Fisica per la Salute Mentale.....	72
05 L'inclusione delle persone con problemi mentali attraverso lo sport.....	87
06 Salute mentale e stigma in Europa.....	96
07 Affrontare lo stigma attraverso lo sport: il ruolo delle autorità locali	115
08 Vita attiva e salute mentale: partnership sociale tra settore pubblico e settore privato	130
09 Lo sport come trattamento non-farmacologico per le malattie mentali.	149
10 L'attività fisica per il trattamento di pazienti con disturbi mentali: i bisogni formativi dei professionisti.....	167
11 Sport e Salute Mentale nei sistemi educativi	175
12 Analisi comparativa della correlazione esistente fra sport e salute mentale e fra sport e disabilità fisica o intellettiva	197

Premessa

L'idea dell'acronimo "M.E.N.S." è scaturita dalla famosa citazione latina: "Mens Sana in Corpore Sano", in cui non solo la singola parola ma anche il contenuto si adattano perfettamente alla finalità dell'iniziativa, ossia il collegamento tra lo sport e l'esercizio fisico con il benessere mentale. Ma se questa connessione appare evidente, l'evoluzione delle politiche e delle azioni dimostra invece che siamo ben lontani da una reale integrazione di questo approccio nella vita quotidiana e nei programmi terapeutici.

È significativo il fatto che, prima di questa iniziativa, tutti gli sforzi fatti in questa direzione fossero inquadrati in contesti debolmente correlati alla Salute Mentale, o totalmente scollegati da questa (eventi sportivi, documentazione scientifica, diritti di difesa, ecc..).

Questa consapevolezza ci ha portato a progettare una strategia che esaminasse tutte le componenti necessarie alla realizzazione di un approccio a livello europeo.

Pertanto, i principali pilastri del progetto, cofinanziato dalla Commissione europea nell'ambito del programma ERASMUS +/Sport, sono:

1. Lo sviluppo di un background politico strutturato che miri a collegare in modo efficace l'attività fisica e lo sport con la salute mentale.
2. La sensibilizzazione delle parti interessate, dei professionisti e dell'opinione pubblica, perché riconoscano l'importanza di questa connessione.
3. La creazione di uno strumento istituzionale per raggiungere questo obiettivo.

Il volume che state sfogliando è la nostra risposta al primo pilastro. È il risultato del lavoro di diciassette partner di progetto, distribuito sulla base degli argomenti considerati prioritari per la ricerca sul legame tra esercizio fisico e sport con la salute mentale. Ma non sono gli unici aspetti da esplorare, e i documenti proposti non pretendono di riportare i risultati di ricerche scientifiche complete. Si tratta essenzialmente di documenti di approfondimento, che sostengono la necessità di ulteriori ricerche scientifiche, dello sviluppo di politiche specifiche a livello europeo e di pratiche efficaci a livello nazionale e locale.

Tuttavia, il documento riporta un'ampia lista di riferimenti bibliografici, una presentazione completa delle politiche europee e la mappatura di un gran numero di pratiche, diventando un utile strumento di supporto per i ricercatori e i professionisti del settore.

Certamente, il cambiamento reale non può essere solo il frutto di una estesa conoscenza scientifica. Questa conoscenza deve essere condivisa con la cittadinanza e con tutti coloro che sono coinvolti in questo processo. E' questa la finalità della campagna "Lifeislikeabike", che risponde all'obiettivo del secondo pilastro del progetto.

È innegabile che la durata e lo spazio di un progetto siano limitati. Se non ci sono strumenti a garantire che questi limiti vengano superati, allora nemmeno lo sforzo più grande può soddisfare le aspettative. Pertanto, la pianificazione strategica del progetto è culminata nell'istituzione della rete ENALMH - European Network of Active Living for Mental Health, il cui ruolo istituzionale consiste nella promozione degli obiettivi di questa iniziativa a livello europeo. Tuttavia, nessuna elaborazione teorica, intervento comunicativo o rinforzo istituzionale può essere paragonato al potere e al valore dell'esperienza diretta, che meglio di tutte è in grado di svelare le dinamiche di questo nuovo approccio. Il risultato più rappresentativo è l'organizzazione della 1° "Rassegna europea di attività fisica per la salute mentale" che si terrà ad Atene nel settembre 2018, nell'ambito del progetto "EVENTS", gemello di "MENS" e finalizzato a realizzare alcuni dei suoi obiettivi.

Da questi primi passi, si evince chiaramente la nascita di un Movimento più ampio di Vita Attiva per la Salute Mentale (www.activelivingmentalhealth.eu), a cui tutti sono invitati a partecipare e a contribuire: professionisti e utenti dei servizi di salute mentale, decisori politici, istituti educativi e di ricerca, atleti e giocatori professionisti e dilettanti, il settore privato attivo nei settori dello sport, dell'attività fisica o della salute e del benessere e, infine, la società nel suo insieme, sia individualmente che collettivamente.

Se i dati statistici riportano un quadro sempre più allarmante rispetto al numero crescente di malattie mentali, dall'altra parte, il contributo che l'attività fisica sembra portare in termini di prevenzione e lotta allo stigma dovrebbe suscitare l'interesse comune ed essere sostenuto dalle istituzioni dell'Unione europea.

Speriamo sinceramente di essere partiti con il piede giusto.

Il Coordinatore del progetto MENS

Nicos Andreopoulos

Segreteria Generale della rete ENALM

Ringraziamenti

Gli autori che hanno lavorato alla stesura di questo documento sono elencati all'inizio di ogni capitolo. Tuttavia, desideriamo ringraziare tutte le altre persone che hanno contribuito a questo lavoro.

Prima di tutto vorremmo esprimere il nostro sincero apprezzamento a Emmanouil Skordilis, Professore associato in Attività Fisica Adattata dell'Università di Atene, per il suo supporto scientifico sistematico e continuo, e per la valutazione di tutti i 12 documenti di approfondimento.

Vorremmo poi esprimere la nostra gratitudine ad Antonis Zannikos, che ha curato la formattazione di questo lavoro, dedicando estrema attenzione ai dettagli ed infinita pazienza a tutto il processo di revisione.

Infine, vorremmo ringraziare:

Evaldas Kancelkis, specialista dello sport del comune di Šiauliai.

Dr. Gilberto Maiolatesi, Psicologo presso COOSS Marche, Italia

Laimonas Milinavicius, Presidente dell'Associazione Olimpikas, Lituania

Michalis Papachatzis, Psicologo presso K.S.D.E.O."EDRA", Greece

Dr. Marzia Pennisi, Psicologa presso COOSS Marche, Italia

Claudia Erco, Traduttrice

I nostri sinceri ringraziamenti a tutti

Lo staff del progetto MENS

Introduzione

Il progetto

Mental **E**uropean **N**etwork of **S**port events - "**MENS**" - in latino si traduce "mentis" e significa: mente, pensiero, intenzione ed intelletto.

Il progetto MENS intende sviluppare procedure istituzionali a livello europeo, perché vengano riconosciuti i benefici che lo sport e l'attività fisica possono apportare a chi soffre di disturbi mentali, in termini di prevenzione, trattamento e riabilitazione.

Ad oggi, tali procedure sono praticamente inesistenti, soprattutto per quattro ragioni chiave:

- Le procedure, gli interventi terapeutici e i pazienti con problemi di salute mentale sono fortemente stigmatizzati;
- Manca una documentazione esaustiva sull'importanza e sugli effetti dello sport nella riabilitazione di chi ha problemi di salute mentale;
- I professionisti sanitari non hanno una preparazione adeguata per poter inserire le attività sportive nei loro trattamenti terapeutici;
- Mancano politiche cross-settoriali che incoraggino l'integrazione dell'attività fisica nei processi di riabilitazione dei pazienti con problemi di salute mentale.

Obiettivo generale

Un nuovo approccio alla relazione fra esercizio fisico/sport e salute mentale.

Il progetto intende promuovere l'attività sportiva, l'inclusione sociale, le pari opportunità e la diffusione delle conoscenze sull'importanza dell'attività fisica per migliorare la salute, incrementando le opportunità di partecipazione e di accesso allo sport per tutti.

Azioni

Revisione delle politiche nazionali e delle buone pratiche che coniugano sport e salute mentale;

Creazione di modelli per l'organizzazione di eventi sportivi che coinvolgano persone con problemi di salute mentale a livello sia locale che nazionale, come contributo al movimento

“Sport per tutti” e come primo passo verso un Evento Europeo di Sport per la Salute Mentale,

Pubblicazione di documenti di approfondimento e revisioni scientifiche sull'utilizzo dello sport nella riabilitazione della salute mentale;

Lancio di una campagna di sensibilizzazione a livello europeo, per promuovere la connessione fra sport e salute mentale;

Attività di pubblicizzazione e disseminazione ad elevato impatto.

Il fine ultimo del progetto è la creazione di una rete europea che promuova lo sport e l'attività fisica come strumenti efficaci per la salute mentale.



Il partenariato

Partner	Organizzazione	Paese	Sito web
PP1 Coordinatore	K.S.D.E.O.“EDRA”	Grecia	www.edra-coop.gr
PP2	National and Kapodistrian University of Athens School of Physical Education and Sport Science(P.E.S.S.)	Grecia	http://old.phed.uoa.gr/index_en.php
PP3	University of Kent School of Physical Sciences	UK	https://www.kent.ac.uk/
PP4	COOSS Marche	Italia	http://www.cooss.it/
PP5	Foundation INTRAS	Spagna	http://www.intras.es/
PP6	E.U.F.A.M.I. European Network	Belgio	http://www.eufami.org/
PP7	Golbasi Sporium Spor Kulübü ve Dernegi	Turchia	http://www.ankaragolbasi.gov.tr
PP8	Asociacija Olimpikas	Lituania	https://www.facebook.com/Olimpikas/
PP9	OZARA Zavod Maribor	Slovenia	http://www.ozara.si/ozara-zavod-maribor/
PP10	SSOI–Rijeca, Disability sports Association	Croazia	http://www.ssoi-rijeka.hr/
PP11	Centro Studi di Villa Montesca	Italia	http://www.montesca.eu/
PP12	ANARP Organization	Portogallo	http://www.anarp.org.pt/
PP13	First Fortnight	Irlanda	http://firstfortnight.ie/
PP14	Merseyside Expanding Horizons	UK	http://www.expandinghorizons.co.uk/
PP15	Municipality of Galatsi	Grecia	http://www.galatsi.gov.gr/
PP16	CESIE	Italia	http://cesie.org/
PP17	Fokus Praha	Repubblica Ceca	http://www.fokus-praha.cz/

La rete



La rete si configura come un'Associazione Internazionale No-profit (AISBL), con sede legale a Bruxelles (Belgio), soggetta alla legge belga. L'estensione geografica delle sue attività è circoscritta ai paesi membri del Consiglio Europeo.

I principali obiettivi della rete sono:

- Arricchire le procedure terapeutiche dei servizi di salute mentale attraverso l'inclusione dello sport e dell'esercizio fisico;
- Rafforzare la coesione sociale combattendo la stigmatizzazione delle persone con problemi di salute mentale;
- Riconoscere lo Sport e l'attività fisica come parametri fondamentali per la prevenzione di problemi di salute mentale;
- Realizzare eventi sportivi e programmi di attività fisica nei paesi membri;
- Contribuire alla ricerca e ai processi educativi mirati ad estendere la connessione fra Sport/attività fisica e salute mentale;
- Sostenere i diritti delle persone che soffrono di disturbi mentali;
- Collaborare con altre organizzazioni specializzate ed attive nei suddetti settori, poiché soltanto un approccio olistico, integrato e multidisciplinare può portare ai risultati auspicati.

Documenti di approfondimento

Nr.	Documento di approfondimento	Partner responsabile
1	Sport, attività fisica ed esercizio associate alla salute mentale: politiche e buone pratiche nell'Unione Europea	KSDEO EDRA Grecia
2	Sviluppo di modelli di riferimento per programmi di attività fisica, sport ed eventi sportivi	UNIVERSITY OF ATHENS SCHOOL OF PHYSICAL EDUCATION AND Grecia
3	Indicatori mentali e attività fisica	UNIVERSITY of KENT SCHOOL OF PHYSICAL SCIENCES Regno Unito
4	Il ruolo preventivo dell'attività fisica per la salute mentale	COOSS Marche Onlus Italia
5	L'inclusione delle persone con problemi mentali attraverso lo sport	FOKUS Repubblica Ceca
6	Salute mentale e stigma in Europa	FIRST FORTNIGHT Irlanda
7	Affrontare lo stigma attraverso lo sport: il ruolo delle autorità locali	MUNICIPALITY OF GALATSI Grecia
8	Vita attiva e salute mentale: partnership sociale tra settore pubblico e settore privato	MERSEYSIDE EXPANDING HORIZONS Regno Unito
9	Lo sport come trattamento non-farmacologico per le malattie mentali	INTRAS FOUNDATIONS Spagna
10	L'attività fisica per il trattamento di pazienti con disturbi mentali: i bisogni formativi dei professionisti	CENTRO STUDI E INIZIATIVE EUROPEO Italia
11	Sport e Salute Mentale nei sistemi educativi	CENTRO STUDI VILLA MONTESCA Italia
12	Analisi comparativa della correlazione esistente fra sport e salute mentale e fra sport e disabilità fisica o intellettiva	SSOI-RIJECA DISABILITY SPORTS ASSOCIATION, Croazia/ GOLBASI SPORIUM SPOR KULÜBÜ VE DERNEGI, Turchia/ OZARA ZAVOD MARIBOR, Slovenia/ ASOCIACIJAS OLIMPIKAS, Lituania

01 Sport, attività fisica ed esercizio associate alla salute mentale: politiche e buone pratiche nell'Unione Europea

AUTORI:

Eleonora Markou, Msc, Psicologo, Esperto della Salute Mentale

Pantelis Sarakiniotis, Msc, Sociologo



INTRODUZIONE

Obiettivo

Negli ultimi anni, il legame tra salute mentale e attività fisica è stata oggetto di notevole interesse, principalmente per l'aumento delle persone con problemi di salute mentale, che ha posizionato questa malattia tra le priorità dell'agenda europea. Studi recenti hanno stimato che il 38,2% della popolazione europea soffre di un disturbo mentale, rispetto al 27,4% del 2005 (Wittchen et al., 2011). Più specificamente, Wittchen et al (2011) hanno affermato che un terzo della popolazione europea soffre di disturbi mentali. Secondo il rapporto "Salute mentale e benessere" (2016), i disturbi mentali rappresentano il 22% del peso economico per l'invalidità in Europa, misurato in anni vissuti con disabilità (YLD). Il costo sociale ed economico dei servizi per la salute mentale vanno ad incidere pesantemente nella già critica economia dei paesi europei (Liopis & Anderson, 2005). Secondo Gabriel e Liimatainen (2000) il costo per i servizi di salute mentale nei paesi europei si aggira attorno al 3-4% del PIL, senza includere i costi associati come ad esempio l'assenza dal lavoro per periodi più o meno lunghi. La salute mentale incide non solo sullo stato emotivo ma anche finanziario e sociale di una persona e della sua famiglia: il "Rapporto sulla salute mentale e il benessere" del 2016 ha stimato che ogni anno

vengono spesi circa 450 miliardi di euro nell'Unione europea, fra costi diretti e indiretti, evidenziando così la necessità di sostenere il sistema sanitario con una buona gestione della salute mentale. In un rapporto del 2002, la Banca mondiale dichiarava che un'economia in difficoltà si può migliorare includendo un buon piano di salute mentale nella sua strategia generale.

La suddetta stima, unitamente all'aumento dei problemi di salute mentale, hanno portato l'UE e gli Stati membri a collaborare con organizzazioni internazionali come l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), con l'intento di trovare soluzioni comuni. Tuttavia, nonostante gli sforzi, resta ancora molto da fare per gestire i problemi terapeutici, migliorare la qualità dei servizi, rafforzare le misure preventive e promuovere uno stile di vita sano (Joint Action for Mental Health and Wellbeing, 2016).

Occorrono terapie alternative che migliorino la vita e il benessere delle persone con disturbi mentali e bisogna sviluppare trattamenti diversi. Molti studiosi hanno collegato l'attività fisica al miglioramento della qualità della vita di persone con problemi di salute mentale (Firth et al., 2015; Rosenbaum et al., 2014; European Week of Sport, 2015), ma non è ancora abbastanza per stabilire una relazione tra le due e influenzare le politiche dell'Unione europea e degli Stati membri.

Lo scopo di questo documento è esaminare le politiche che associano salute mentale, sport e attività fisica. I dati derivano da fonti istituzionali europee e dagli Stati membri, oltre che dalle organizzazioni attive nel settore. Il documento intende inoltre fornire una panoramica delle pratiche in materia di salute mentale, sport e attività fisica attuate negli Stati europei, trarre conclusioni e fornire suggerimenti e raccomandazioni.

Quadro generale

La connessione tra sport e disabilità fisica e/o cognitiva è ben consolidata e documentata, ma non altrettanto quella tra sport e salute mentale. La ragione sta nel fatto che un disturbo mentale non è considerato necessariamente una disabilità, in quanto molti pazienti con disturbi mentali possono essere efficienti in diversi contesti sociali. Inoltre, un disturbo mentale può essere temporaneo e può essere prevenuto, cosa che non sempre accade con la disabilità fisica o cognitiva. Un'altra differenza essenziale è che spesso i pazienti psichiatrici sono vittime di stigmatizzazione e discriminazione, che li porta naturalmente all'esclusione dalla società. Al contrario, persone che soffrono di altre forme

di disabilità risultano più integrate nella propria comunità. La "Convenzione nazionale delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (UNCRPD)" (2006) e le leggi a questa associate promuovono il coinvolgimento delle persone con disabilità nella società e li tutelano negli ambienti di lavoro, facilitando la loro inclusione nella società. Uno dei modelli più efficaci della psichiatria si basa sul coinvolgimento sociale delle persone con problemi di salute mentale. Lo sviluppo delle reti sociali crea legami sia istituzionali che informali molto positivi, che vanno ben oltre i confini della solidarietà umana.

Il movimento "Vita attiva per la salute mentale" (<http://www.activelivingmentalhealth.eu>) è nato in risposta a tali osservazioni, con l'intento di valorizzare lo sport, l'esercizio e l'attività fisica come strumenti di prevenzione, riabilitazione, sviluppo personale e inclusione sociale dei pazienti con disturbi mentali, piuttosto che per proporre un nuovo evento sportivo, come le Olimpiadi Speciali o le Paralimpiadi.

Questo movimento è parte di un approccio olistico che si sta affermando in tutta l'Unione europea, che considera la salute mentale come un tutto indivisibile, direttamente correlato con l'evoluzione della nostra specie, con l'ambiente sociale ed economico, e con tutti i fattori che influiscono sulle condizioni psicologiche, mentali e fisiologiche di una persona. L'approccio include anche trattamenti completi e preventivi, metodi di riabilitazione e di integrazione sociale. La sua caratteristica principale è l'interdisciplinarietà, dove arte, sport, occupazione, tutela dei diritti e sviluppo locale contribuiscono tutti insieme al suo successo. Infine, questo approccio promuove sinergie tra i sistemi nazionali, la comunità civile e scientifica, il settore privato, e, soprattutto, i pazienti e le loro famiglie.

L'approccio descritto intende collegare attività sportiva e salute mentale in un unico contesto scientifico, finalizzato alla creazione di un movimento in cui non ci sia distinzione tra chi soffre di una malattia mentale e chi no, in cui si affronti il problema dello stigma e si migliori l'inclusione sociale di chi soffre di disturbi mentali. Un tale approccio contribuirebbe a ridurre l'onere finanziario per la salute mentale, rafforzando la prevenzione e promuovendo l'integrazione di interventi a basso costo.

DEFINIZIONI PRELIMINARI

Politica

Definire la "politica" non è un compito facile, in quanto il termine include molte componenti e può essere utilizzato in contesti diversi. Secondo il dizionario legale

(<https://thelawdictionary.org/policy/>), le politiche sono "i principi generali su cui un governo basa la gestione degli affari pubblici, o su cui il legislatore stabilisce le norme. Questo termine, applicato ad una legge, a un'ordinanza o a un regolamento, indica il suo scopo generale o il suo adeguarsi a determinate linee politiche".

Il dizionario Merriam-Webster fornisce numerose definizioni correlate a "politica" come: a) "Un piano di azione, deciso (da un governo, un'istituzione, un gruppo o un individuo) tra varie alternative e sulla base di condizioni specifiche, che deve guidare, o talvolta definire, decisioni presenti e future"; b) "una decisione specifica, o una serie di decisioni, finalizzate all'attuazione di una certa linea di condotta" o c) "una decisione specifica, o un insieme di decisioni, con indicazione delle azioni da svolgere per concretizzarla".

Quanto sopra mostra la complessità del termine "politica" e del suo possibile utilizzo in contesti diversi. Tuttavia, come afferma l'Organizzazione per l'Alimentazione e l'Agricoltura delle Nazioni Unite, lo scopo di una politica è quello di influenzare il mondo reale, tenendo conto delle diverse realtà politiche (ILRI, 1995). In questo documento abbiamo adottato la definizione data dalla "Politica di Salute Mentale in Europa" (2007), che afferma che "la politica dipende in ultima analisi dall'individuazione dei bisogni della popolazione, delle strutture e dei servizi disponibili e dalla pianificazione delle attività necessarie per incrementare o migliorare questi servizi"(p. 108).

Politica di salute mentale

Secondo l'OMS (2007), una politica sulla salute mentale è una dichiarazione ufficiale, da parte di un governo o di un'autorità sanitaria, che fornisce un orientamento generale, definendo la finalità, i valori, i principi e gli obiettivi, e proponendo un ampio modello di azione per raggiungere quella finalità. Questo documento intende analizzare i programmi e i servizi sulla salute mentale con una finalità comune, e proporsi come linea guida ufficiale a supporto delle azioni necessarie a migliorarli.

Salute mentale/Disturbo mentale

Nel 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la salute mentale come "uno stato di benessere fisico, mentale e sociale, che non è semplicemente l'assenza di malattia o infermità" (p.1). Successivamente, la definizione è stata arricchita come segue: "uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, può far fronte

alle normali tensioni della vita, può lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di dare un contributo alla sua comunità" (OMS-2004, p.10).

Inoltre, l'ICD-10 (Portale Italiano delle Classificazioni Sanitarie - 1992) ha definito i disturbi mentali come "l'esistenza di una serie di sintomi o comportamenti clinicamente riconoscibili, associati nella maggior parte dei casi a disagio e ad interferenze con le funzioni personali" (p.11). Diversamente, la classificazione DSM-IV (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - 1994) ha dato una definizione più concreta di disturbo mentale: "una sindrome o un modello comportamentale o psicologico clinicamente significativo, che si verifica in un individuo, associato ad un disagio (ad esempio un sintomo doloroso) o a una disabilità (es. menomazione in una o più funzionalità) o ad un elevato rischio di morte, sofferenza, disabilità, o a un'importante perdita di libertà". Questa sindrome non si configura necessariamente come la risposta prevedibile e culturalmente legittimata ad un particolare evento, ad esempio la morte di una persona cara; qualunque siano le sue cause originarie, deve essere considerata la manifestazione di una disfunzione comportamentale o biologica dell'individuo. Il comportamento deviante (ad esempio politico, religioso o sessuale) e i conflitti che nascono tra l'individuo e la società possono essere considerati disturbi mentali, a meno che la devianza o il conflitto non siano il sintomo di una disfunzione nell'individuo, come descritto precedentemente (p.xxi).

Attività fisica ed esercizio

L'OMS definisce l'attività fisica come "qualsiasi movimento corporeo, prodotto da muscoli scheletrici, che richiede dispendio energetico - comprese le attività che si svolgono quando si lavora, si gioca, si fanno le faccende domestiche, si viaggia e ci si impegna in attività ricreative". Inoltre, l'OMS puntualizza che l'attività fisica non dovrebbe essere confusa con "l'esercizio", che è una sottocategoria dell'attività fisica pianificata, strutturata e ripetitiva, il cui scopo principale è il miglioramento della propria forma fisica (WHO, 2018).

Benessere mentale

L'OMS definisce il benessere mentale come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità... in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, può far fronte alle normali tensioni della vita, può lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di dare un contributo alla sua comunità" (WHO, 2001, p.1).

Pratica

Secondo il dizionario Oxford (2018), una pratica è "l'effettiva applicazione di un'idea, di un principio o di un metodo; la procedura consueta, abituale e prevista di fare qualcosa".

METODOLOGIA

L'obiettivo del documento era individuare e presentare le politiche e le pratiche dei paesi dell'Unione Europea (UE) in materia di salute mentale e l'associazione tra salute mentale ed esercizio, sport e fisica attività. Per raggiungere questo obiettivo, è stata condotta una mappatura delle politiche intraprese dall'Europa e dagli Stati membri. La strategia metodologica è consistita nella ricerca di parole chiave (o loro combinazioni, come ad es. "Politica della salute mentale", "salute mentale e attività fisica", "salute mentale e benessere", "politica sportiva", "esercizio fisico", "salute", "salute mentale", "benessere", ecc.) in banche dati accademiche (Web of Science, PsycINFO, Scopus, Google Scholar, Sport Discus) e della Commissione europea.

Inoltre, sono stati stabiliti quattro criteri per la selezione delle pratiche da inserire in questo documento: a) Sport, attività fisica, evento o festival per la salute mentale, b) Programmi terapeutici che utilizzano sport e attività fisica (che si svolgono in strutture di salute mentale, ospedali ecc.), c) Campagne di sensibilizzazione che colleghino le due tematiche precedenti e d) Programmi educativi che colleghino salute mentale, sport e attività fisica. Inoltre, da febbraio a settembre 2017 si è svolta una mappatura in tutti i 28 Stati membri dell'UE e in Turchia, per raccogliere informazioni e dati sulle attività sportive e di attività fisica all'interno delle unità di salute mentale, che è stato il punto di partenza per la ricerca di pratiche esistenti. I target di questa mappatura sono stati: 1) Enti pubblici o privati operanti nel settore della salute mentale, 2) Organizzazioni operanti nei settori dell'attività fisica e dello sport, 3) Istituzioni di ricerca e di istruzione, 4) Autorità locali, 5) Politici ed amministratori, 6) Autorità statali. Fra tutte le organizzazioni identificate ed analizzate, sono state riportate quelle le cui pratiche fossero connesse con gli obiettivi e le finalità del progetto. Una breve descrizione dei risultati della mappatura è disponibile al link: <http://mensproject.eu/wpcontent/uploads/2018/03/MAPPING-FINAL-RESULTS.pdf>. Infine, è stata svolta una vasta ricerca, inserendo parole chiave (ad esempio "salute mentale e attività sportive", "Sport ed esercizio nei disturbi mentali", "sport come

trattamento per la salute mentale" ecc.), in banche dati pertinenti, su fonti Internet e database dell'Unione europea.

POLITICHE E SUGGERIMENTI DA PARTE DELLE ISTITUZIONI EUROPEE E DEGLI STATI MEMBRI

Negli ultimi decenni l'attenzione verso la salute mentale è aumentata, così come l'interesse di organizzazioni europee e internazionali e di decisori politici, verso politiche che interessino direttamente le persone con malattie mentali. Questo documento intende presentare le politiche di salute mentale dell'Unione europea e degli stati membri. L'importanza della salute mentale per la comunità civile e per la salvaguardia della sua salute è stata riconosciuta per la prima volta dall'OMS nel 2001, che ha dedicato la sua relazione sulla salute mondiale interamente alla salute mentale. La Giornata mondiale della salute (2001), intitolata "Stop exclusion – dare to care" ha evidenziato che occorre smettere di ignorare il problema e di escludere le persone che soffrono di problemi di salute mentale dalla comunità. Il rapporto dell'OMS "Salute mentale: nuova comprensione, nuova speranza" (2001) aiuta a comprendere la relazione inseparabile tra salute mentale e fisica, e a capire come si influenzino reciprocamente. La relazione riporta che nel 2001 più del 40% dei paesi non aveva una politica di salute mentale e, ancor più sorprendentemente, che oltre il 90% dei paesi non aveva una politica di salute mentale che includesse bambini e adolescenti (p. 3). Il rapporto suggerisce che tutte le politiche di salute mentale dovrebbero tener conto della Risoluzione dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite per la protezione delle persone con problemi di salute mentale, del 1991: in questo rapporto, per la prima volta, fu infatti stabilita una relazione tra il benessere mentale e la salute fisica (p. 115). Per garantire che questa iniziativa continuasse ad esercitare una certa influenza, l'OMS ha lanciato il "Mental Health Gap Action Programme" (mhGAP), il cui obiettivo consisteva nel promuovere l'attuazione delle raccomandazioni del "World Health Report" (OMS, 2003).

A seguito di queste due prime dichiarazioni, focalizzate sulla salute mentale, l'OMS ha continuato a pubblicare rapporti e documenti per mantenere viva l'attenzione sull'argomento, che sono risultati nella formulazione di un libro "verde" contenente la politica ufficiale della Commissione europea sulla salute mentale (2005).

Nel 2002, l'OMS ha pubblicato un rapporto su "Prevenzione e promozione della salute mentale", seguito da un rapporto nel 2003 ("Investire nella salute mentale") e nel 2004 ("Promuovere la salute mentale"), che sottolineavano la necessità di concentrarsi sulla promozione della salute mentale e sulla prevenzione delle malattie mentali. In questi articoli la salute mentale è definita come un prerequisito per il benessere e il buon funzionamento della comunità. Fedele a questi principi, l'OMS ha pubblicato nel 2004 la "Mental health policy, plans and programmes", nel tentativo di sostenere i decisori politici nello sviluppo delle politiche di salute mentale e dei piani d'azione.

Come accennato in precedenza, il 2005 è stato un anno importante per la formulazione delle politiche sulla salute mentale. A gennaio, l'OMS ha tenuto una conferenza sulla salute mentale, la "Mental health declaration for Europe", in cui fu approvato il "Piano d'azione per la salute mentale in Europa". L'obiettivo principale era quello di porre le basi per lo sviluppo di politiche di salute mentale in Europa e proporre le azioni necessarie per far sì che le politiche rispettassero l'interesse delle persone con problemi di salute mentale. Come risposta immediata a questa iniziativa, la Commissione europea ha pubblicato un Libro verde dal titolo "Migliorare la salute mentale della popolazione: verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea", contribuendo così all'attuazione di quanto stabilito nella conferenza. Nel libro si sottolinea che per intervenire sulla salute mentale è necessario un approccio globale, che richiede la collaborazione di diversi attori per stabilire il piano di trattamento più appropriato e innovativo (p.5). A seguire, la Commissione europea ha lanciato una piattaforma per la salute mentale, che dovrebbe facilitare la collaborazione intersettoriale tra i diversi attori (p. 13). Inoltre, l'OMS ha costituito la Commissione sui Determinanti Sociali della Salute, per identificare i fattori sociali che influiscono sulla salute, le possibili disuguaglianze fra salute e salute mentale, e lo stato di benessere delle donne (CSDH, 2008).

Nel 2007, l'Osservatorio europeo dei Servizi e delle Politiche Sanitarie, in collaborazione con l'OMS, ha pubblicato un rapporto sulle politiche e le pratiche di salute mentale attive in Europa. Uno dei principali risultati emersi è che, nonostante l'evidenza del danno provocato da una cattiva salute mentale, lo sviluppo di politiche per prevenirlo è stato scarso. Vale anche la pena ricordare che a quel tempo (2007) il 37% dei paesi europei non aveva ancora una politica specifica di salute mentale (p. 241). Nel 2007, l'OMS ha pubblicato una scheda informativa per promuovere la salute mentale come elemento

fondamentale per il benessere, con l'intento di mobilitare tutti i paesi e gli attori rilevanti nel sostenere la salute mentale. Contemporaneamente, Mental Health Europe aveva invitato i paesi europei e i responsabili politici a investire in meccanismi di promozione del benessere e di prevenzione dei disturbi mentali, mentre i paesi europei erano spronati a garantire a coloro che soffrivano di malattie mentali tutti i diritti e le pari opportunità (p.1).

Nel 2008 si è tenuta a Bruxelles una conferenza dei vertici europei, che a) ha emanato un Patto europeo per la salute mentale e il benessere, in cui sono stati delineati i cinque settori prioritari per la salute mentale e, b) ha decretato che era necessario un passo politico decisivo per rendere la salute mentale una priorità chiave (p.3). Sempre nel 2008, sono state emanate le linee guida dell'Unione Europea per l'attività fisica, che sottolineavano l'importanza fondamentale dell'esercizio per mantenere le funzioni cognitive, ridurre il rischio di depressione e ansia, potenziare l'immagine di sé, l'autostima e migliorare la qualità della vita non solo da un punto di vista fisico ma anche mentale (p. 3). Inoltre, l'OMS e la Commissione europea hanno pubblicato un rapporto sulle politiche e le pratiche di salute mentale in Europa, per valutare i progressi negli Stati membri dopo il 2005. I risultati hanno rilevato notevoli differenze nello sviluppo e nell'attuazione delle azioni proposte dal piano d'azione per la salute mentale: 21 dei 42 paesi che hanno partecipato all'indagine avevano prodotto una politica di salute mentale specifica, più della metà dei 42 paesi aveva adottato nuove politiche di salute mentale e solo 4 paesi non avevano emanato alcuna politica di salute mentale (p 11-15).

Nel 2009, l'OMS Europa ha pubblicato un rapporto su "La salute mentale, la resilienza e le disuguaglianze", in cui la salute mentale viene presentata come un elemento centrale per la costruzione di una cittadinanza resiliente. Il rapporto sottolineava che promuovere attività a beneficio della salute mentale "è un passo importante verso il riconoscimento dei benefici che derivano da attività di promozione e prevenzione, che possono migliorare il trattamento dei disturbi esistenti" (p.6). Migliorando la salute mentale, si può cambiare significativamente la qualità della vita personale e sociale. Infine, nel 2011, l'OMS Europa ha pubblicato un rapporto sugli effetti della crisi economica sulla salute mentale, sottolineando il ruolo che quest'ultima può giocare nella ripresa economica europea (p.2).

Nel 2011 l'OMS ha pubblicato "Promuovere lo sport e migliorare la salute nei paesi dell'Unione Europea", un documento politico in cui è enfatizzato il ruolo di tutte le attività

che possono favorire la salute e il benessere della popolazione, fra cui lo sport. Il documento promuoveva l'inclusione delle persone con disabilità nello sport, anche se con riferimento soprattutto alle disabilità fisiche.

Nel 2013, una notevole mole di pubblicazioni ha confermato l'accresciuto interesse del legislatore per la salute mentale e il benessere. In primo luogo, l'OMS ha pubblicato un piano d'azione per la salute mentale, di cui si riconosce il ruolo determinante per la salute in generale, che sottolinea l'importanza della prevenzione e la necessità di una copertura sanitaria universale a garanzia dell'uguaglianza fra le persone. In secondo luogo, ha pubblicato il rapporto "Evidence for action", in cui assumono un ruolo vitale la promozione, la protezione e il ripristino della salute mentale, non solo per l'individuo ma anche per la comunità (p.5). Il rapporto suggerisce inoltre che investire nella salute mentale significa migliorare la salute e il benessere generale, salvaguardare i diritti umani e migliorare l'efficienza economica. Va sottolineato che, secondo gli autori, i paesi europei hanno leggi sulla salute mentale superate, o addirittura assenti, il che viola i diritti delle persone con problemi mentali (p. 16). In terzo luogo, nel 2013 si è tenuta una conferenza in Lituania, in cui è stata ribadita l'importanza della salute mentale per il benessere della popolazione. Durante la conferenza è stato riconosciuto che tra i paesi europei mancano azioni efficaci per prevenire problemi di salute mentale e che occorre promuovere una collaborazione multisettoriale per raggiungere questo obiettivo (p.2). Inoltre, le raccomandazioni del Consiglio per la Promozione dell'Attività Fisica hanno insistito sull'importanza dell'esercizio fisico per mantenere una buona salute mentale, che va promossa a livello intersettoriale. La Commissione europea ha pubblicato una ricerca sui "Sistemi di salute mentale negli Stati membri dell'Unione europea", in cui è emersa la grande attenzione dedicata alla promozione della salute mentale. La ricerca ha riportato l'evoluzione delle politiche di salute mentale in Europa: risulta che tutti i ventinove paesi hanno sviluppato una qualche forma di legislazione sulla salute mentale, tranne l'Estonia, che comunque ha inserito alcuni riferimenti alla salute mentale nel suo programma sanitario generale, e la Svezia. Alcuni paesi, come la Slovenia, hanno appena iniziato a sviluppare politiche di salute mentale, mentre altri non hanno incluso questo tema fra le loro priorità (Bulgaria e Repubblica Ceca). Nel periodo di riferimento della ricerca, solo i due terzi dei paesi partecipanti consideravano la salute mentale e il benessere aspetti prioritari (p. 456).

Infine, in risposta al crescente interesse verso la salute mentale, nel 2013 i paesi dell'UE hanno lanciato la "Joint action on Mental health and Wellbeing", a cui hanno collaborato 25 stati membri, l'Islanda e la Norvegia. L'obiettivo dell'azione congiunta era di contribuire alla promozione della salute mentale e del benessere, alla prevenzione dei disturbi mentali, al miglioramento delle cure e alla promozione dell'inclusione sociale (https://ec.europa.eu/salute/mental_health/eu_compass/jamhwb_en).

Nel 2015, il rapporto di valutazione della settimana europea dello sport, che intendeva coinvolgere tutti i cittadini, ha confermato l'importanza dell'attività fisica e dell'esercizio per il benessere collettivo. Nello stesso anno, l'OMS ha pubblicato la relazione sul "Piano d'azione per la salute mentale", che ribadiva la centralità della salute mentale nel migliorare la salute pubblica. Inoltre, a seguito dell'istituzione della "Joint Action on Mental Health and Wellbeing" è stato attivato un meccanismo web chiamato "EU compass for action on Mental Health and Wellbeing", al fine di raccogliere, scambiare, analizzare e monitorare lo sviluppo delle politiche, delle attività e delle buone pratiche sulla salute mentale tra gli stati membri (https://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass_it).

Nel 2016 è stato pubblicato "The European framework for Action on Mental Health and wellbeing", che promuove la partecipazione ad attività culturali e sociali, nonché l'accesso ad attività ricreative all'aperto e a spazi verdi (p.7). Il quadro europeo proponeva di incorporare la salute mentale in "tutte le politiche e a tutti i livelli, cioè internazionale, nazionale, regionale e locale" (pagina 16).

Infine, la relazione annuale "EU compass for Action on Mental Health and Wellbeing" del 2016 riportava come criticità la risposta inadeguata degli Stati membri ai bisogni delle persone con disturbi mentali (p.5). Gli autori riferivano inoltre che i servizi di comunità sembravano suscitare "maggiore soddisfazione fra gli utenti, migliore partecipazione alla vita sociale, migliore risposta ai bisogni e maggiore aderenza al trattamento" (p.5). Vale la pena ricordare che l'analisi delle attività promosse dagli Stati membri nel periodo 2015-2016 registra progressi significativi verso l'obiettivo stabilito dal Patto europeo e dal Quadro d'azione: diversi paesi avevano sviluppato o aggiornato le loro leggi sulla salute mentale, anche se molte sfide legislative erano ancora aperte (p 6). In alcuni paesi l'analisi si era incentrata sulla riforma delle leggi già esistenti (ad es. Finlandia, Danimarca, Slovenia, Italia, Paesi Bassi), in altri sulla preparazione di nuove leggi (ad es. La

Slovacchia) e in altri sull'integrazione della legislazione esistente (ad es. Lituania, Estonia, Portogallo, Spagna e Turchia).

La fig. 1 fornisce una rappresentazione grafica dello sviluppo delle politiche nell'Unione europea.

Questo documento si prefiggeva di presentare l'evoluzione delle politiche di salute mentale nelle istituzioni europee; presentare l'iter delle singole nazioni sarebbe stato un compito molto complesso, che avrebbe prolungato oltre misura questo documento. Tuttavia, l'Allegato 1 offre un elenco delle politiche di salute mentale adottate dagli stati membri. Inoltre, il documento evidenzia che, anche se la connessione fra sport, esercizio, attività fisica e salute mentale ha suscitato grande interesse, la risposta politica non è stata adeguata. Va comunque ricordato che alcuni paesi europei hanno sviluppato delle linee guida ed altri hanno incorporato l'attività fisica al trattamento per la malattia mentale.

PRATICHE ATTUATE DALLE ISTITUZIONI EUROPEE E DAGLI STATI MEMBRI

Lo scopo di questo capitolo è individuare quelle pratiche, nel campo dell'attività fisica e della salute mentale, che rispondano ad uno o più criteri fra quelli indicati nella metodologia. Non si intende quindi valutare le pratiche in atto nei diversi stati membri dell'Unione europea, bensì di metterle a disposizione dei professionisti. L'evoluzione, la valutazione o l'ulteriore sviluppo delle pratiche esistenti sono compiti impegnativi ed ambiziosi, che richiedono il lavoro congiunto di professionisti di settori scientifici diversi.

L'identificazione di pratiche inerenti l'attività fisica e la salute mentale che rispondessero ai quattro criteri definiti nella metodologia, si è rivelata molto impegnativa, soprattutto per la scarsa distinzione esistente fra disabilità fisica e mentale. Vale la pena ricordare che in paesi al di fuori dell'Europa, come ad esempio in Australia o in Canada, esiste una netta distinzione nelle pratiche per pazienti con malattie mentali e non, mentre in Europa è ancora in via di sviluppo. Ai fini di questa revisione, sono state analizzate soltanto le pratiche attive nei paesi europei, che sono riassunte nell'allegato 2.

Come illustrato nell'allegato 2, sono state identificate 95 pratiche, così distribuite: Regno Unito (13), Spagna (9), Irlanda (8), Italia (7), Paesi Bassi (7), Portogallo (6), Germania (5) e Danimarca (5). Non è stato possibile individuare le pratiche di 5 paesi (Cipro, Estonia, Lussemburgo, Malta e Svezia), mentre i rimanenti stati restanti hanno fornito da 4 a 1 pratiche pubblicate. Non sorprende che il Regno Unito abbia il numero più alto di pratiche,

dato che è uno dei pochi paesi che ha sviluppato delle linee guida per sostenere i professionisti della salute mentale nell'includere l'attività fisica nei diversi trattamenti (ad es. Royal College of Psychiatrists, "Physical activity and Mental Health; Guidance Wellbeing and Mental Health; Applying our Health") Ministero della Salute (2018).

Un altro elemento importante da notare è che i paesi più meridionali (Spagna, Italia, Portogallo, Grecia) presentano un livello di pratiche da moderato ad alto, forse perché risultano essere le società più introversive in tema di salute mentale.

È anche importante notare, a questo punto, che i risultati della ricerca sono stati limitati dalle restrizioni imposte dai criteri stabiliti. Ciò significa che alcune pratiche potrebbero non essere state individuate, o che non si adattassero ai criteri metodologici definiti.

CONCLUSIONI/RACCOMANDAZIONI

Sulla base dei risultati riportati, è evidente che c'è ancora molto da fare perché la salute mentale sia ufficialmente collegata all'attività fisica e allo sport. La scarsa connessione tra i servizi di salute mentale e l'attività fisica nei paesi membri è emersa con forza dall'analisi delle politiche: solo pochi paesi hanno sviluppato linee guida o programmi a supporto di questo collegamento. Pertanto, è necessario uno sforzo comune per lo sviluppo di politiche che riconoscano l'importanza dell'attività fisica nel promuovere la salute mentale. L'attuazione delle raccomandazioni dell'Unione europea da parte degli Stati membri diventa un passo essenziale per il raggiungimento di obiettivi comuni.

Per quanto riguarda le pratiche adottate negli Stati europei sul campo della salute mentale e dell'attività fisica, queste risultano piuttosto scarse ed occorre svilupparne e diffonderne di nuove. Lo sviluppo di un database che permetta ai professionisti di accedere a una varietà di pratiche, valutarne l'efficacia, o comunicare con diversi esperti del settore, potrebbe rivelarsi uno strumento utile in questo senso.

Come osservazione conclusiva, vale tuttavia la pena ricordare che l'interesse dimostrato dall'OMS e dall'Unione europea nel tema della salute mentale ha posto basi promettenti per lo sviluppo di nuove collaborazioni e nuove connessioni, a beneficio sia dei cittadini che dell'economia europea.

ALLEGATO 1 . POLITICHE

Che cosa	Chi	Link
<i>Mental health: new understanding, new Hope. The World Health Report</i>	OMS	http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
<i>Stop Exclusion - Dare to care.</i>	OMS	http://www.who.int/world-health-day/previous/2001/files/whd2001_dare_to_care_en.pdf
<i>Prevention and Promotion in Mental Health.</i>	OMS	http://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf
<i>Investing in Mental Health</i>	OMS	http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf?sequence=1
<i>Mental Health Gap Action Program</i>	OMS	http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/
<i>Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, and Practice.</i>	OMS	http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
<i>Mental Health Policy, Plan and Programmes.</i>	OMS	http://www.who.int/mental_health/policy/en/policy_plans_revision.pdf
<i>Mental Health Declaration for Europe: Facing Challenges, Building Solutions</i>	OMS & Regional Office for Europe	http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/100822/edoc07.pdf
<i>Mental health: strengthening mental health promotion.</i>	OMS	https://mindyourmindproject.org/wp-content/uploads/2014/11/WHO-Statement-on-Mental-Health-Promotion.pdf
<i>Mental health policy, Planning & Service Development info Sheet</i>	OMS	http://www.who.int/mental_health/policy/services/1_MHPolicyPlan_Infosheet.pdf
<i>Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health : Commission on Social Determinants of Health final report</i>	OMS	http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf;jsessionid=D9BA7894B79DCF68249D48E5D9F70944?sequence=1
<i>Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges.</i>	OMS & Regional Office for Europe	http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf
<i>Integrating mental health into primary care: a global perspective</i>	Oms & WONCA	http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf
<i>Mental health, resilience and Inequalities</i>	OMS & Regional Office for Europe	http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/100821/E92227.pdf
<i>Impact of economic crises on mental health.</i>	OMS & Regional Office for Europe	http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf
<i>Promoting sport and enhancing health in European Union countries: a policy content analysis to support action</i>	OMS & Regional Office for Europe	http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/147237/e95168.pdf
<i>Mental health action plan 2013-2020</i>	OMS	http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1

<i>The European Mental Health Action Plan 2013-2020. (2013)</i>	OMS & Regional Office for Europe	http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf
<i>Investing in Mental Health: Evidence for Action</i>	OMS	http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf?sequence=1
<i>The European Mental Health Action Plan 2013-2020. (2015)</i>	OMS & Regional Office for Europe	http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf
<i>Physical Activity, Key facts.</i>	OMS	http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity
<i>Physical activity and health in Europe: evidence for action</i>	OMS & Regional Office for Europe	http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/87545/E89490.pdf
<i>Recommendation on policies promoting health-enhancing physical activity across sectors</i>	Council of Europe	http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ%3AC%3A2013%3A354%3A0001%3A0005%3AEN%3APDF
<i>Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity</i>	European Union Guidelines- EU Working Group "Sport & Health"	http://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/policy_documents/eu-physical-activity-guidelines-2008_en.pdf
<i>European Pact for Mental health and Well-being</i>	European Commission	http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf
<i>Joint action on Mental Health and Wellbeing</i>	European Commission	https://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/jamhwb_en
<i>European Week of Sport- Evaluation Report</i>	European Commission	http://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/documents/ewos-2015-evaluation-report_en.pdf
<i>European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing</i>	Join Action – Mental health and Wellbeing – European Union	https://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Framework%20for%20action_19jan%20(1)-20160119192639.pdf
<i>EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing</i>	Join Action – Mental health and Wellbeing – European Union	https://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/MHiAP%20Final.pdf
<i>Green Paper - Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union</i>	European Commission	https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf
<i>Council conclusions on 'The European Pact for Mental Health and Well-being: results and future action</i>	Council Of The European Union	https://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lisa/122389.pdf
<i>Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health European profile of prevention and promotion of mental health (EuroPoPP-MH).</i>	European Commission	https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf

<i>White Paper on Sport</i>	European Commission	http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52007DC0391&from=EN
<i>European Disability Strategy 2010-2020: A Renewed Commitment to a Barrier- Free Europe</i>	European Commission	http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM%3A2010%3A0636%3AFIN%3Aen%3APDF
<i>Developing the European Dimension in Sport</i>	European Commission	http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0012:FIN:EN:PDF
<i>Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol</i>	United Nations	http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf
<i>The role of sport as a source of and a driver for active social inclusion</i>	Council of Europe	http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:326:0005:0008:EN:PDF%20
<i>Mental Health Policy and Practice across Europe The future direction of mental health care</i>	European Observatory	http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107811/E89814.pdf?sequence=1
<i>Health policy in Austria</i>	Austria	
<i>Health targets for Austria</i>	OECD	https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-Policy-in-Austria-March-2017.pdf
<i>Public Health in Austria</i>	Federal Ministry of Health Family and Youth	https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/05/health-targets-austria.pdf
	European Observatory	http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/153868/e95955.pdf
Health Policy in Belgium	Belgium	http://www.oecd.org/belgium/Health-Policy-in-Belgium-February-2016.pdf
The Belgian National Strategy for Wellbeing at Work 2016-2020		file:///C:/Users/user/Downloads/05_NatStrat_final_EN.pdf
<i>Bulgaria Health 2020</i>	Bulgaria	https://gateway.euro.who.int/en/country-profiles/bulgaria/
	Croatia	
"Sports for all" program	Cyprus Cyprus Sports Organization	http://ago.org.cy/archiki-selida/ago/
National strategies for health protection and support and disease prevention	Czech Republic	http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2003dusevni%20zdravi.pdf
Healthcare In Denmark	Denmark	https://www.sum.dk/English/~/_media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Healthcare-in-dk-16-dec/Healthcare-english-V16-dec.ashx
		file:///C:/Users/user/Downloads/DNK--Denmark_GR_Ministry_of_the_Interior_and_Health_2003-2003.pdf

<p><i>Estonian Mental Health and Well-Being Coalition (VATEK)</i></p> <p><i>Sport Policy</i></p>	<p><u>Estonia</u></p>	<p>http://vatek.ee/wp-content/uploads/2016/05/WHO_et-en_05689_Vaimse-tervise-strateegia_en_ED_C.pdf</p> <p>http://www.kul.ee/en/activities/sport</p>
<p><i>Sports Club for Health (ACforH) – updated guidelines for health-enhancing sports activities in a club setting.</i></p> <p><i>Policies and development.</i></p>	<p><u>Finland</u></p> <p>Ministry of Education and Culture</p>	<p>https://www.scforh.info</p> <p>http://minedu.fi/en/policies-and-development-sport</p>
<p><i>Mental Health in France.</i></p> <p><i>State of Health in the EU France</i></p>	<p><u>France</u></p>	<p>https://santefrancais.ca/wp-content/uploads/Argumentaire-sant---mentale-SK-EN.pdf</p> <p>https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_fr_english.pdf</p>
<p><i>National Recommendations for Physical Activity and Physical Activity Promotion.</i></p> <p><i>Government Report on Wellbeing in Germany.</i></p> <p><i>Health in Germany – the most important developments.</i></p>	<p><u>Germany</u></p> <p>Federal Ministry of Health</p> <p>German Government</p>	<p>https://www.sport.fau.de/files/2015/05/National-Recommendations-for-Physical-Activity-and-Physical-Activity-Promotion.pdf</p> <p>https://buergerdialog.gut-leben-in-deutschland.de/SharedDocs/Downloads/EN/LB/Government-Report-on-Wellbeing-in-Germany.pdf?__blob=publicationFile</p> <p>https://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/Health_Reporting/HealthInGermany/Health-in-Germany_most_important_developments.pdf?__blob=publicationFile</p>
<p><i>"Sports for all"</i></p> <p>Ψυχική & Δημόσια Υγεία</p> <p>Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία - 2008 - 2012</p>	<p><u>Greece</u></p> <p>University of Thessaly</p> <p>Ministry of Labor, Social Security and Welfare</p> <p>Ministry of Health and Social Solidarity</p>	<p>http://www.athlisigiaolous.gr/uploads/Odiqos%20Odiaxeirisis%20PAGO.pdf</p> <p>http://www.epanad.gov.gr/default.asp?pID=37&file:///C:/Users/user/Downloads/ethniko%20drasis.pdf</p>
	<p><u>Hungary</u></p>	

<p><i>Get Ireland Walking – Strategy & Action plan 2017-2020</i></p> <p><i>Mental Health in Ireland: Awareness and Attitudes</i></p> <p><i>“Hi Healthy Ireland” A framework for improves health and wellbeing.</i></p> <p><i>Get Ireland Active! National Physical Activity Plan for Ireland</i></p>	<p><u>Ireland</u></p> <p>Sport Ireland</p> <p>Health Service Executive</p> <p>Ministry of Health and Ministry of Transport, Tourism and Sport</p>	<p>https://www.getirelandwalking.ie/files/2017103145513_626b84f6.pdf</p> <p>https://www.healthpromotion.ie/hp-files/docs/HSP00612.pdf</p> <p>https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/HealthyIrelandBrochureWA2.pdf</p> <p>https://health.gov.ie/wp-content/uploads/2016/01/Get-Ireland-Active-the-National-Physical-Activity-Plan.pdf</p>
	<u>Italy</u>	
<p><i>Sports Policy Guidelines 2004-2009</i></p>	<p><u>Latvia</u></p> <p>Republic of Latvia</p>	<p>http://vvc.gov.lv/index.php?route=product/search&search=Sports%20Policy%20Guidelines%20&category_id=60&sub_category=true&description=true</p>
	<u>Lithuania</u>	
	<u>Luxemburg</u>	
	<u>Malta</u>	
<p><i>National policy document on health Health close to people</i></p>	<p><u>Netherlands</u></p> <p>Ministry of Health, Welfare and Sport</p>	<p>file:///C:/Users/user/Downloads/health-close-to-people.pdf</p>
<p><i>Wellbeing and public mental health on local level Norwegian policy.</i></p> <p><i>Working together for physical activity</i></p>	<p><u>Norway</u></p> <p>Norwegian Ministry of Health and Care Services</p> <p>Ministries</p>	<p>http://www.nordiskfolkesundhedskonference.dk/media/1471/w1-arne-marius-fosse.pdf</p> <p>https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/red/2006/0002/ddd/pdfv/269037-hod_kortversion_engelsk.pdf</p>
	<u>Poland</u>	
	<u>Portugal</u>	
	<u>Romania</u>	
	<u>Slovakia</u>	
<p><i>National Health Enhancing Physical Activity Programme 2007-2012</i></p> <p><i>Physical activity for health</i></p>	<p><u>Slovenia</u></p> <p>Ministry of Health</p>	<p>http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/angleska_verzija_MZ/HEPA-Slovenia-prevod_ang.pdf</p> <p>http://www.mz.gov.si/en/areas_of_work/public_health/healthy_lifestyle/physical_activity_for_health/</p>
<p><i>Plan Integral para la Actividad Fisica Y El Deporte</i></p>	<u>Spain</u>	<p>http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/plan-integral/LIBRO-PLAN-AD.pdf</p>

<i>Public health and Sport objectives</i>	Sweden Government Offices of Sweden	http://www.government.se/government-policy/public-health-and-sport/public-health-and-sport-objectives/
<i>Health Guide to Switzerland</i>	Switzerland Federal Office of Public Health FOPH	http://www.migesplus.ch/fileadmin/Publikationen/eng_GWW_web_1_.pdf
<i>Health-Enhancing Physical Activity in Adults Recommendations for Switzerland</i>	Federal office of Sports	file:///C:/Users/user/Downloads/hepa_Merkblatt_Gesundheitswirksame_Bewegung_Erwachsene_EN.pdf
<i>Non commutable disease and physical activity</i>	Swiss Tropical and Public Health Institute	https://www.swisstph.ch/de/topics/non-communicable-diseases/physical-activity/
<i>A manifesto for better mental health</i>	United Kingdom The Mental Health Policy Group	https://www.mind.org.uk/media/1113989/a-manifesto-for-better-mental-health.pdf
<i>Mental Health Charter for Sport and Recreation</i>	United Kingdom U.K. Deputy Prime Minister's Office, U.K. Department for Culture, Media &	https://www.gov.uk/government/news/deputy-prime-minister-launches-mental-health-in-sport-initiative https://www.nhsinform.scot/healthy-living/mental-wellbeing/five-steps-to-mental-wellbeing
<i>Mental Wellbeing</i>	U.K. National Health Service	https://www.nhsinform.scot/healthy-living/mental-wellbeing/five-steps-to-mental-wellbeing https://www.gov.uk/government/consultations/changes-to-mental-health-act-1983-code-of-practice
<i>Wellbeing and mental health: Applying All Our Health</i>	U.K. Public Health	https://www.gov.uk/government/publications/wellbeing-in-mental-health-applying-all-our-health
<i>Physical Activity and Mental Health</i>	U.K. Royal college of Psychiatrists	https://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/treatments/physicalactivity.aspx
<i>Five steps to mental wellbeing</i>	U.K. NHS Scottish Government	https://www.nhsinform.scot/healthy-living/mental-wellbeing/five-steps-to-mental-wellbeing#get-active-for-mental-wellbeing
<i>Towards a Mentally Flourishing Scotland: Policy and Action Plan 2009-2011</i>	U.K. Scottish Government	http://www.gov.scot/Publications/2009/05/06154655/0
<i>Mental Health in Scotland: Improving the Physical Health and Well Being of those Experiencing Mental Illness</i>		http://www.gov.scot/Publications/2008/11/28152218/16
Introduction to the Mental Health Charter for Sport and Recreation	U.K. – Sport and Recreation Alliance	https://www.sportandrecreation.org.uk/policy/the-mental-health-charter/introduction-to-the-mental-health-charter-for
Exercise for depression	U.K.- NHS	https://www.nhs.uk/conditions/stress-anxiety-depression/exercise-for-depression/
<i>Constitution Article 59 "Development of sports and arbitration"</i>	Turkey The Turkish Constitution	https://global.tbmm.gov.tr/docs/constitution_en.pdf http://www.turkishculture.org/lifestyles/sports-228.htm

ALLEGATO 2 . PRATICHE

Paese	Organizzazione	Titolo della pratica/categoria
Austria	Pro Mente	Charity Football Tournament – Sport Event
Belgium	Department of Movement and Sports Sciences, Ghent University, Ghent	Interrelation of Sport Participation, Physical Activity, Social Capital and Mental Health in Disadvantaged Communities: - Research
	Te Gek!	From prison to CARE campaign internment - Awareness Campaign
	Ups&Downs	Walks – Physical Activity
	Parantee- Psylos	Move it -Physical Activity
	Parantee- Psylos	Provincial Football competition – Sport Event Calendar & Other Practices
Bulgaria	My World	Sport Event for people with mental disabilities – Sport Event
Croatia	PK Forca	Therapy Swimming – Physical Activity
Cyprus	Cyprus Sports for all (AGO)	Sport Programme for People with Special Needs – Sport Activities
Czech R.	Bohnice Psychiatric Hospital.	Urban Challenge 2018 – Physical Activity
	Bohnice Psychiatric Hospital.	Color Run – Physical Activity
	Vida	“How to go with us” – Physical Exercise Workshop
	Czech Union of Sport	Come and Sport with Us – Sport Events
Denmark	Opus	Use the Body in Psychiatry – Physical Exercise program
	DAI-Sport	Several Practices- Sport activities & Physical Exercise program
	DAI-Sport in cooperation with Municipalities	Sport for the Mind-Awareness Project
	Sports Festival for the Mind	Sports Festival for the Mind – Sport & Physical Exercise program
	IFK98/Fighters Idrætsfestiva	Several practices - Sport & Physical Exercise program
Estonia		

Finland	Finnish Confederation of Mental Health	Mental Health Championship – Sport Event
France	UNAFAM	Psycyclette – Sport Event
	French Federation of Adapted Sport	Sport Calendar- Sport & Physical Exercise program
	Schizo Espoir	The Strides – Sport Event
	Bicycle	Bicycle in the region – Physical Exercise Program
Germany	Don Bosco Aschau am Inn	Sport Therapy Groups – Sport as complimentary treatment
	VGS	Coping with Stress – Physical Exercise workshops
	Disabled Rehabilitation Sports Club Lölrach	Sports for mentally disabled people – Sport Activities
Greece	KSDEO EDRA	Panattica Sport Event for Mentally Ill– Sport Event
	EPAPSY	Three-point Shot against Stigma – Sport Event
	NGO “Regeneration & Progress,” with the exclusive support of the Stavros Niarchos Foundation	Sport Paths Program – Sport & Educative Awareness Activities
Hungary	A Revolution Hospital	Sport Therapy – Sport as complimentary treatment
Italy	Psychologists and Psychotherapeutes in Vicenza and Thiene.	Sport & Mental Training/EMDR Method – Sport activities
	Italian Sports Centre	Commission for Sport and Marginality – Sport Activities
	Francesko Pisco	Awareness in Motion – Physical Exercise program
	Psychiatric Users Association in Ferrara, in collaboration with public Mental r Department, the Municipality of Ferrara and UISP, the Italian Union Promoting Sport for All	Sport: A Possible Road toward Social Inclusion and Quality of Life - Sport Activities as part of study and research
	Italian Union of Sport for All - UISP	Matti per il calcio – Sport Event
	Italian Union of Sport for All (UISP) – Volleyball, and UISP Valle d’Aosta	Palio di Sant’Orso – Sport Event
	Servizio Sanitario Regionale (Emilia-Romagna)	MÀT – Settimana della Salute Mentale – Sport Activities as part of Mental Health week

Ireland	Mental Health Ireland	Woodlands for Health – Physical Exercise program
	The Gaelic Athletic Association	Healthy Clubs Project (HCP) –Sport & Awareness Activities
	The Irish Sports Council	Sports Council Challenge – Physical Exercise program
	the National Centre for Youth Mental Health	“Think Big” – Awareness project
	The Irish Rugby Football Union, Rugby Players Ireland	Tackle Your Feelings– Awareness project
	State of Mind Ireland	State of Mind – Education & Awareness project
	Cycle Against Suicide	Cycle Against Suicide- Sport Event
	Ulster University, in partnership with leading charity State of Mind Ireland	Sport &Mental Health program - Sport Activities
	Several Authors	Mental Health and Wellbeing Interventions in Sport - Peper
Latvia	Solvita Zemīte	Spiritual Growth or Meditation for the Movement – Physical Exercise Session
Lithuania	Zarasai Social Care Home	Sporting Activities – Sport as complimentary treatment
Luxemburg		
Malta		
Netherlands	SportGGZ	I am a Mindrunner- Physical Exercise program
	Stap Uit De Burnout	Get out of your Burn-Out- Physical Exercise program
	Bewegen voor je Brein	Moving for your brain – Communication and Awareness Platform
	Various Rotterdam Organizations	Move your fit, become visibly active - - Physical Exercise program
	Dennis Timp	Better in the saddle - Physical Exercise as complimentary therapy
	GGz Centraal	Limitless – Sport Activities
	Professional Association Running Therapy Netherlands	Running to feel better - Physical Exercise program
Poland	Foundation “Disabled and Awaiting Help”	IX Integrative Sports Competition – Sport Event
Portugal	ANARP	Project “Tackle Stigma” – Sport Event

	AFUA	Socio-Occupational Units – Sport as a Complimentary therapy
	National Federation of Mental Illness Rehabilitation Entities	Walk for Mental Health - Physical Exercise program
	Association for the Support of Depressive and Bipolar Patients	Activities Espaço d'Arte – Physical Exercise Sessions
	GIS – Irmãs Hospitaleiras	“Stigma out of play” – Sport Event
	Fundação S. João de Deus - Casa de Saúde do Telhal	Golf Activities – Sport Activities
Romania	National University of Physical Education and Sport	‘Design and planning of leisure activities’ – Education Course
Slovakia	ZPP Radost	Dance and movement elements – Physical Exercise as complimentary therapy
	ZPP Radost	Ping pong Tournament – Sport Event
Slovenia	Slovenian Association for Mental Health	Sport Activities – Sport as complimentary therapy
	ALTRA-Committee for Mental Health News	Sport Activities– Sport as complimentary therapy
	Society for Mental Health and Creative Spent Free Time "VEZI"	Sport-Recreational Activities– Sport as complimentary therapy
Spain	Fundacion INTRAS	CLUB DUERO – Sport Activities
	FAISEM	Andalusian Sports and Mental Health Championship – Sport Event
	Association of Mental Health-FEAFES-HUELVA	“Mental Health with Sports” Race – Sport Event
	AEDIR- Spanish Sports Association for Integration and Recovery	Sport & Mental Health Events – Sport and Physical Exercise as complimentary therapies
	FAISEM	Tiquitaca for Mental Health- Sport Event
	FEAFES- FAISEM	“Crazy for the Shot”- Sport Event
	Nueva Luz	“Walking” – Physical Exercise Program
	Clubojanco	Climbing - Physical Exercise Program
Sweden		
Turkey	Artvin Coruh University	Sport Activities
	Capoeira4Refugees	Capoeira program for refuge children – Physical
UK	Mental Health Foundation	How to look after your mental health using exercise - Guidelines
	Edge Hill University	MSc Sport, Physical Exercise programand Mental Health – Education Course

	Sport England	Mental Health and Physical Activity – Sport Activities and Physical Exercise programs	
	UK Coaching (in alliance with MIND)	Sport and Recreational Alliance (SRA) Mental Health Charter for Sport and Recreation – Sport activities and Physical Exercise programs	
	MIND- For Better Mental Health	Several Practices – Sport Events and Physical Exercise programs	
	England Athletics (in cooperation with MIND)	17 Minutes for me – Awareness Campaign	
	England Athletics (in cooperation with MIND)	Run and Talk - Physical Exercise programs and Awareness project	
	Physical Exercise program and health alliance	Mental Health Football UK – Sport Event	
	Heads Together Org.	Several Practices – Sport Activities and Physical Exercise programs	
	Sport in Mind Org.	Several Practices – Sport Events and Educational workshops & seminars	
	British University and College Sports	Student Minds – Guidelines & Planning	
	MeUnited	MeUnited – Sport Activities	
	Sport England	Case Studies – Exchange of Knowledge & Awareness	
Indicative Practices	EU	In sport Project	In Sport+ - Several Sport Events & Activities
		MENS Project	“Life is Like A Bike” – EU Awareness Campaign
		EVENTS Project	1 st European Sport & Physical Exercise Event for Mental Health in Athens, hosting patients from 15 countries
		1 st European Sports Festival	Sport Events & Physical Exercise Programs in five countries
		European Culture and Sport Organization	Dream World Cup 2018 – Sport Event

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV. *Washington, DC: American Psychiatric Association. p. xxi*
- Caldas de Almeida, J.M., Mateus P., Frasilho, D. & Parkkonen, J. (2016). *EU Compass for Action on Mental Health and Wellbeing, Annual report 2016: Summary and Analysis of Key Developments in Member States and Stakeholders*. Funded by European Union https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ev_20161006_co06_en.pdf.
- Council Of The European Union (2013). Council Recommendations on promoting health-enhancing physical activity across sectors. EU, Brussels
- CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social Determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.
- EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing (2016). European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing.
- European Commission, (2005). Green Paper - Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels.
- European Commission, (2008). EU High-level Conference "Together for Mental Health and Well-being" - European pact for mental health and well-being. Brussels
- European Commission, (2008). Mental health Systems in the European Union Member States, Status of Mental Health in Populations and Benefits to be Expected from Investments into Mental Health European profile of prevention and promotion of mental health (EuroPoPP-MH). Brussels
- European Commission, (2013). Joint action on Mental Health and Wellbeing. *Retrieved from* : https://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/jamhwb_en
- European Commission (2015). European Week of Sport- Evaluation Report. Brussels, http://ec.europa.eu/assets/eac/sport/library/documents/ewos-2015-evaluation-report_en.pdf.
- European Commission (2016). European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing. 2016. Luxembourg. Retrieved from: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/publications>.
- European Observatory on Health Systems and Policies series (2017). Mental Health Policy and Practice across Europe The future direction of mental health care. *Edited by Martin Knapp, David McDaid, Elias Mossialos & Graham Thornicroft*. Published by Open University Press.
- EU Physical Activity Guidelines (2008). Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity. Brussels.
- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., & Young, A. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenic patients. *Psychological Medicine, 45*, 1343-1361.

- Gabriel, P. and Liimatainen, M.-R.(2000) Mental Health in the Workplace. Geneva:*International Labour Organization*.
- International Livestock Research Institute (ILRI) (1995). Livestock Policy Analysis. *ILRI training manual 2*.ILRI, Nairobi, Kenya, pp.264.
- Jané-Llopis, E. and Anderson, P. (2005). Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
- Lithuanian Presidency conference (2011). Mental health: Challenges and Possibilities, Conclusions. Vilnius, Lithuania, October 10-11, 2013.
- Merriam-Webster Dictionary (2018, April,18). Policy Definition. merriam-webster.com. Retrieved April 18, 2018, from <https://www.merriam-webster.com/dictionary/policy>.
- Oxford Dictionary (2018, April, 18). Practice Definition. en.oxforddictionaries.com Retrieved April 18, 2018, from <https://en.oxforddictionaries.com/definition/practice>.
- Public Health England (2018). Wellbeing and mental health applying all our Health. Retrieved from : <https://www.gov.uk/government/publications/wellbeing-in-mental-health-applying-all-our-health/wellbeing-in-mental-health-applying-all-our-health>.
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., & Ward, P.B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 964-974.
- Royal College of Psychiatrists (2018). Physical Activity and Mental health. Retrieved from: <https://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/treatments/physicalactivity.aspx>.
- The law dictionary (2018, April, 18). Policy Definition. thelawdictionary.org. Retrieved April 18, 2018, from <https://thelawdictionary.org/policy/>.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-679.
- World Bank (2002). World Development Report 2002: Building Institutions for Markets. Washington, DC: World Bank.
- World Health Organization (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Clinical Guidelines. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2001). Mental health: new understanding, new Hope. The World Health Report. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2001). Stop Exclusion - Dare to care. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2002). Prevention and Promotion in Mental Health. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2003). Investing in Mental Health. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, (2003). Mental Health Gap Action Program. Retrieved from: http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/.
- World Health Organization (2004). Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. *A report from the World Health Organization, Department of*

Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Geneva: WHO.

World Health Organization (2004). Mental Health Policy, Plan and Programmes. Mental health and policy service guidance package. Geneva: WHO.

World Health Organization (2005). Mental Health Declaration for Europe: Facing Challenges, Building Solutions. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (2007). Mental health: strengthening mental health promotion. *Fact Sheet 220.WHO; 2007.*

World Health Organization (2007). Mental health policy, Planning & Service Development info Sheet. Retrieved from:
http://www.portal.pmnch.org/mental_health/policy/services/1_MHPolicyPlan_Infosheet.pdf.

World Health Organization Commission on Social Determinants of Health, & World Health Organization. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health.

World Health Organization (2008). Policies and practices for mental health in Europe - meeting the challenges. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen.

World Health Organization & WONCA (2008). Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva.

World Health Organization (2009). Mental health, resilience and Inequalities. World Health Organization. Denmark.

World Health Organization (2011). Impact of economic crises on mental health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization (2011). Promoting sport and enhancing health in European Union countries: a policy content analysis to support action. Copenhagen: WHO

World Health Organization (2013). Mental health action plan 2013-2020. World Health Organization. Geneva.

World Health Organization (2013). The European Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen.

World Health Organization (2013). Investing in Mental Health: Evidence for Action. World Health Organization, Geneva.

World Health Organization (2015). The European Mental Health Action Plan 2013-2020. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.

World Health Organization (2018). Physical Activity, Key facts. Access through:
<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.

UN (2016) United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Retrieved

from:http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convention_accessible_pdf.pdf

02 Sviluppo di modelli di riferimento per programmi di attività fisica, sport ed eventi sportivi

AUTORI:

Kostantinos Karteroliotis, Professor in Research Methods in Physical Activity

Maria Psychountaki, Associate Professor of Psychology-Sport psychology

Nektarios Stavrou, Assistant Professor of Sport Psychology and Motor Behavior

Emmanouil Skordilis, Associate Professor in Adapted Physical Activity

National and Kapodistrian Univerosty of Athens

SCHOOL OF PHYSICAL SCIENCES

Greece

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni l'Europa sta affrontando la sfida collegata al rapido aumento delle malattie mentali. Nello specifico, il disagio mentale è responsabile del 20% circa del carico di malattie in Europa ed i problemi di salute mentale colpiscono un individuo su quattro, lungo tutto l'arco della vita. Inoltre, 6 dei 20 paesi con i più alti tassi di suicidio nel mondo, sono europei (WHO, 2017).

Le persone con problemi di salute mentale come ansia, depressione, schizofrenia e disturbi bipolari cercano di migliorare la qualità della loro vita, seguendo trattamenti differenti. Sebbene una serie di recenti ricerche ed evidenze cliniche abbiano dimostrato l'utilità dell'attività fisica come strategia preventiva, alternativa e trattamento supplementare o complementare per la cura dei disagi mentali (ad esempio, Firth ed altri, 2015; Rosenbaum ed altri, 2014), la maggior parte della comunità medica non supporta la sua utilità. L'esercizio fisico non è considerato un trattamento efficace per le malattie mentali, con l'eccezione della depressione.

Inoltre, recenti ricerche sostengono che l'attività fisica/ l'esercizio fisico abbia il potenziale di migliorare la salute mentale e fisica in individui con grave depressione e disturbi psicotici

(Firth ed altri, 2015; Rosenbaum ed altri, 2014). L'attività fisica / l'esercizio fisico si è anche rivelato efficace per ridurre le allucinazioni uditive, migliorare i livelli di sonno e l'autostima in individui affetti da schizofrenia (Firth ed altri, 2015, Kimhy ed altri, 2015).

Allo stesso modo, le ricerche realizzate su persone con disturbi mentali mostrano che l'attività fisica ed i programmi di esercizio fisico sono importanti per migliorarne la salute. La letteratura suggerisce che queste persone muoiono da 16 a 20 anni prima rispetto alla popolazione generale, a causa di problemi legati al limitato accesso alle cure mediche, alla cattiva alimentazione, all'aumento di peso indotto dall'assunzione di farmaci, al fumo ed al limitato o assente esercizio fisico (Saha ed altri, 2007).

Infine, l'attività fisica è considerata uno strumento efficace per il trattamento dei disturbi mentali in quanto: (a) è una strategia alternativa poco costosa per coloro che preferiscono non utilizzare farmaci o che non possono accedere alla terapia (b) si associa a effetti collaterali negativi minimi, (c) può essere praticata indefinitamente da tutti, e (d) è in grado di migliorare simultaneamente la salute fisica e mentale e affrontare i disagi mentali (Taylor & Faulkner, 2010).

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

Lo scopo del presente documento di approfondimento è discutere l'effetto benefico dell'attività fisica /esercizio fisico come l'esercizio aerobico, il camminare, lo yoga ecc. su individui con problemi di salute mentale. Più specificamente, la ricerca e le evidenze cliniche indicano, ad oggi, che l'attività fisica e l'esercizio fisico hanno un effetto positivo su varie stati psicologici, quali l'autostima, il senso di auto determinazione, l'ansia e la depressione, nonché su differenti patologie mentali come la schizofrenia, i disturbi schizo-affettivi ed i disturbi bipolari. Inoltre, è stato rilevato che le persone con disagi mentali, che sono sistematicamente impegnate in programmi di attività fisica / esercizio fisico migliorano la loro condizione di salute, così come la qualità di vita.

Nel presente documento di approfondimento, la "Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute" – ICF (OMS, 2001) è stata utilizzata come quadro generale (Khan e Pallant, 2011). L'ICF è stata sviluppata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per sostituire l'obsoleta "Classificazione Internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap" – ICIDH, attraverso la collaborazione con numerose parti interessate, in diversi paesi e culture (Jelsma, 2009). Il concetto generale dell'ICF "combina" gli aspetti medici e sociali in un "modello bio-psicosociale" e vede la

disabilità attraverso l'interazione di fattori biologici, personali e sociali (Li ed altri, 2016). La disabilità viene vissuta come una diminuzione del funzionamento della persona correlata ad una malattia (ad es. salute mentale, lesione del midollo spinale, ecc.), che può interagire con fattori contestuali (ambientali e personali) e condurre l'individuo a sperimentare limiti e restrizioni nelle attività e nella partecipazione alla vita quotidiana.

DEFINIZIONI PRELIMINARI

Salute Mentale

La salute mentale è definita come uno stato di benessere attraverso il quale, ogni individuo realizza il proprio potenziale, affronta il normale stress della vita, lavora in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di dare un contributo alla propria comunità (OMS, 2004).

La dimensione positiva della salute mentale è sottolineata nella definizione di salute dell'OMS, contenuta nel suo atto costitutivo: "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattie o infermità". La salute mentale è il fondamento del pensiero, della comunicazione, dell'apprendimento, dell'autostima e della capacità di recupero di ciascun individuo. La salute mentale è anche la chiave per le relazioni, per il benessere personale ed emotivo e per il contributo di ciascuno alla comunità o alla società.

La salute mentale è il presupposto per un efficace funzionamento delle attività quotidiane con un impatto diretto sulla produttività (lavoro, scuola), sulle relazioni e sulla capacità di adattarsi al cambiamento e affrontare le avversità.

Attività fisica- Esercizio fisico

Secondo la definizione dell'OMS, per attività fisica si intende ogni movimento corporeo prodotto dai muscoli scheletrici che comporti un dispendio energetico - incluse le attività effettuate lavorando, giocando, dedicandosi alle faccende domestiche, viaggiando e impegnandosi in attività ricreative. Un'attività fisica regolare di intensità moderata, come camminare, andare in bicicletta o praticare sport, ha notevoli benefici per la salute (OMS, 2017).

Il termine "attività fisica" non andrebbe confuso con il termine "esercizio", che è una sottocategoria dell'attività fisica, caratterizzata dal fatto di essere pianificata, strutturata, ripetitiva e volta a migliorare o a mantenere uno o più aspetti della forma fisica. Oltre

all'esercizio, qualsiasi altra attività fisica svolta durante il tempo libero, per il trasporto da un luogo all'altro o come parte del lavoro di un individuo, apporta benefici alla salute. Inoltre, sia l'attività fisica di intensità moderata che quella vigorosa apportano benefici alla salute (OMS, 2017).

L'attività fisica promuove il benessere, la salute fisica e mentale, previene le malattie, migliora l'interazione sociale e la qualità della vita, fornisce benefici economici e contribuisce alla sostenibilità ambientale. Le comunità che supportano l'attività fisica salutare, con modalità accessibili ed economicamente sostenibili, in ambienti differenti e lungo tutto l'arco della vita, possono ottenere molti di questi benefici. La Carta di Toronto per l'attività fisica (2010) delinea quattro azioni, basate su nove principi guida ed invita tutti i paesi, le regioni e le comunità a concentrare gli sforzi per un maggiore impegno politico e sociale a favore dell'attività fisica per tutti (Bull, Gauven, Bauman, Shilton, Kohl e Salmon, 2010).

Sport

Un'attività che comporta uno sforzo fisico ed abilità, in cui un individuo o una squadra competono l'uno contro l'altro, per divertimento. Un'occasione in cui le persone competono in varie discipline atletiche (Oxford Living Dictionary).

Lo sport nel Regno Unito o negli Stati Uniti è una forma di attività fisica competitiva o di gioco che, attraverso la partecipazione casuale o organizzata, mira ad utilizzare, mantenere o migliorare le abilità fisiche e le competenze, offrendo al contempo divertimento ai partecipanti e, in alcuni casi, intrattenimento per gli spettatori (Wikipedia).

Motivazione

Il coinvolgimento regolare in attività fisiche e programmi di allenamento può aiutare le persone con disagi mentali da lievi a gravi, a migliorare sia la loro salute fisica e mentale, sia la qualità di vita.

APPROCCIO METODOLOGICO

L'obiettivo di questa sezione è stabilire linee guida generali, basate su recenti evidenze scientifiche, a sostegno dell'effetto benefico dell'attività fisica e dell'esercizio fisico su individui affetti da disagi mentali. Per raggiungere questo obiettivo, è stata condotta una revisione della letteratura, seguendo le linee guida di Ackley, Swan, Ladwig e Tucker

(2008). Secondo Ackley ed altri (2008), a differenti domande scientifiche corrispondono diversi metodi di ricerca. Il grado di livello di prova (LDP), spesso definito come gerarchia delle prove, è fornito da studi con qualità metodologica differente. Il più alto livello di prova è garantito da revisioni sistematiche o meta-analisi, seguite da studi randomizzati di controllo, prove di controllo senza randomizzazione (quasi sperimentali), ecc. Sulla base di ciò, sono stati presi in considerazione revisioni sistematiche con interventi che incorporano attività fisica ed esercizio per il trattamento di individui affetti da disagi mentali. È stata adottata un'ampia strategia di ricerca, compresa una combinazione di parole chiave (ad esempio "attività fisica", "esercizio", "salute", "divertimento", "salute mentale", "pazienti con problemi di salute mentale", "studi di revisione", "demenza", "disturbo bipolare", "disturbo d'ansia", "depressione"), nei database di Scopus, PubMed e Cochrane Library.

REVISIONE BIBLIOGRAFICA

Relazione tra esercizio fisico e depressione: evidenze scientifiche

Per diversi decenni l'effetto dell'esercizio fisico sulla depressione è stato oggetto di ricerca e la letteratura sull'argomento sta crescendo negli ultimi anni.

Nelle linee guida per il trattamento clinico, l'attività fisica e l'esercizio fisico sono raccomandati come una delle potenziali opzioni da offrire a pazienti con sintomi depressivi sottosoglia o da lievi a moderati (Cleare, Pariente, Young, Anderson, Natale, Cowen ed altri 2015; Ekkekakis, 2015). Tale raccomandazione si basa sul presupposto che l'esercizio può servire come fattore psico-profilattico per il trattamento di pazienti che presentano un mix di problemi di salute mentale e fisica. La terapia fisica migliora l'immagine del corpo, le modalità con cui il paziente affronta le emozioni negative, la qualità della vita familiare e lavorativa e l'indipendenza nella vita quotidiana (Knapen, Vancamfort, Morien e Marchal, 2015). Utilizzando un approccio diverso, Stubbs, Vancampfort, Firth, Schuch, Hallgren, Smith ed altri (2018) hanno esaminato la correlazione tra comportamento sedentario e depressione in 42.469 individui utilizzando dati trasversali, che sono stati analizzati nello studio relativo ad invecchiamento globale e salute degli adulti, realizzato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. I risultati indicano che il comportamento sedentario auto-segnalato è negativamente legato all'esperienza della depressione. Più nello specifico, le persone con sintomi depressivi trascorrono circa 30 minuti al giorno in più, rispetto ai partecipanti non depressi, in comportamenti sedentari. Tale differenziale aumenta a 35 minuti per gli adulti di età superiore ai 65 anni. L'associazione tra sedentarietà e

depressione aumenta in presenza di comportamenti sedentari più marcati, ed in particolare quando si superano le 8 ore giornaliere di inattività.

In seguito ai risultati di cui sopra, il Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (Malhi, Bassett, Boyce, Bryant, Fitzgerald, Fritz ed altri, 2015) definisce la mancanza di esercizio fisico quale "agente che può potenzialmente abbassare l'umore". In quanto tale, è un fattore che dovrebbe essere affrontato alla "fase zero" del trattamento per step: "è ovvio che sia per l'umore che per il benessere generale, i pazienti sedentari dovrebbero essere attivamente incoraggiati a intraprendere un'attività fisica regolare" (p.1119). Le terapie relative alla "fase uno" (terapia psicologica o farmacoterapia) dovrebbero essere avviate solo se le misure della "fase zero" si rivelano insufficienti (Ekkekakis & Murri, 2017, p. A2).

Sulla base delle ampie conoscenze cliniche e teoriche, i ricercatori hanno notato che l'esercizio fisico può influire in maniera diversa sui differenti livelli di depressione. L'effetto positivo dell'esercizio è stato riscontrato in presenza di sintomi depressivi sottosoglia o per depressioni di livello lieve o moderato. In aggiunta a ciò, recenti studi meta-analitici e di revisione suggeriscono che l'esercizio fisico può ridurre la gravità della depressione tra gli adulti con disturbo depressivo maggiore (Nasstasia, Baker, Halpin, Hides, Lewin, Kelly e Callister, 2018). Considerati i limiti e l'accessibilità degli attuali approcci terapeutici psicologici e farmacologici, vi è l'urgente necessità di estendere le opzioni di trattamento per i giovani con disturbi depressivi maggiori. Poiché esiste una sostanziale differenza nei casi trattati a seconda del livello di depressione, la rete canadese per i trattamenti dell'umore (Ravindran, Balneaves, Faulkner, Ortiz, McIntosh, Morehouse ed altri, 2016) consiglia l'esercizio come "monoterapia di prima linea per disordini depressivi da lievi a moderati e come trattamento aggiuntivo di seconda linea per disturbi depressivi da moderati a gravi" (p. 579).

In aggiunta a quanto sopra, meta-analisi e revisioni bibliografiche sostengono fortemente che l'esercizio sia un trattamento efficace per disturbi depressivi di livello da basso a lieve, così come per la depressione maggiore (Schuch, Vancampfort, Richards, Rosenbaum, Ward, & Stubbs, 2016). Sono stati osservati effetti ampi in interventi basati sull'attività fisica in pazienti affetti da depressione maggiore, utilizzando l'esercizio aerobico, ad un'intensità moderata e vigorosa, in un ambiente non supervisionato e supervisionato da professionisti. Sulla base di ciò, l'esercizio sembra esercitare un importante e significativo effetto antidepressivo nelle persone con depressione (inclusa la depressione maggiore). In

alcuni casi, la ricerca non ha indicato alcun effetto dell'esercizio sulla depressione, tuttavia recenti meta-analisi possono aver sottovalutato i benefici dell'esercizio a causa di errori di pubblicazione (Ekkekakis, 2015). Infine, le evidenze scientifiche sostengono che anche l'esercizio regolare durante il tempo libero è associato a una ridotta incidenza di sintomi depressivi successivi (Harvey, Øverland, Hatch, Wessely, Mykletun e Hotopf, 2018). Tale effetto protettivo si verifica principalmente a bassi livelli di intensità dell'esercizio ed è stato rilevato indipendentemente dall'intensità dei sintomi depressivi. A seguito di aggiustamenti dei fattori confondenti, e supponendo che la relazione fosse causale, si è rilevato che il 12% dei successivi casi di depressione avrebbe potuto essere prevenuto, se tutti i partecipanti si fossero impegnati in almeno un'ora di attività fisica a settimana.

Relazione tra esercizio fisico ed ansia: evidenze scientifiche

Nonostante poche indagini misurino i disturbi d'ansia, i cambiamenti dello stile di vita (come un aumento dei livelli di attività fisica) possono rappresentare un trattamento supplementare positivo. Una meta-analisi sulla correlazione fra esercizio fisico e riduzione dell'ansia condotta da Petruzzello ed altri (1991), riscontra un effetto, da lieve a moderato, dei programmi di attività fisica rispetto all'ansia. Un'ulteriore meta-analisi di Wipfli, Rethorst e Landers (2008) esamina gli effetti dell'esercizio fisico sull'ansia e riscontra riduzioni più consistenti dei disturbi legati all'ansia tra il gruppo trattato rispetto a quello di controllo. Inoltre, i gruppi campione trattati con l'esercizio fisico mostrano riduzioni più ampie dell'ansia rispetto ai gruppi che hanno ricevuto forme alternative di trattamento.

Azevedo Da Silva ed altri (2012) riscontrano che gli individui attivi mostrano sintomi di ansia minori rispetto agli inattivi. Jayakody Gunadasa e Hosker (2014) hanno scoperto che l'esercizio fisico può ridurre i sintomi legati all'ansia, come il panico e la fobia sociale. Tuttavia, non sono stati in grado di trarre conclusioni sulla modalità di trattamento più idonee o sull'intensità dell'esercizio fisico.

Nell'ambito del National Comorbidity Survey negli Stati Uniti, Goodwin (2003) misura una serie di disturbi d'ansia e la loro correlazione con l'attività fisica. I risultati mostrano un'associazione significativa tra regolare attività fisica e bassa prevalenza di stati di depressione maggiore, attacchi di panico, fobia sociale, fobia specifica e agorafobia. Inoltre, tale studio fornisce l'evidenza di una relazione "dose-risposta", laddove gli individui che praticano più attività fisica, sono quelli in cui si riscontra la più bassa prevalenza di disturbi mentali.

Herring, O'Connor e Dishman (2010) hanno condotto una revisione sistematica degli studi sull'utilizzo dell'esercizio fisico come trattamento per i sintomi di ansia in pazienti con condizioni mediche croniche, individuando una linea di ricerca promettente, che potrebbe supportare molti pazienti nel far fronte ai sintomi dell'ansia. Inoltre, Herring, Jacob, Suveg, Dishman e O'Connor (2012) hanno condotto uno studio su pazienti con diagnosi di disturbo d'ansia generalizzata. I ricercatori evidenziano che gli individui trattati con l'esercizio fisico (resistenza e allenamento aerobico) riducono il senso di preoccupazione rispetto al gruppo che non conduce esercizio fisico.

Infine, nella letteratura psicologica, le riduzioni dell'ansia derivanti dall'attività fisica sembrano durare più a lungo rispetto a terapie cliniche esclusive o trattamenti medici. L'esercizio fisico può rendere gli individui più resistenti allo stress e maggiormente in grado di affrontare le difficoltà e le situazioni stressanti quotidiane.

Relazione tra esercizio fisico e schizofrenia: evidenze scientifiche

L'attività fisica e l'esercizio fisico sono percepiti come fattori fondamentali per prevenire malattie cardiovascolari e diminuire la mortalità associata ad abitudini alimentari non salutari, stili di vita sedentari, aumento di peso, diabete, sindrome metabolica, consumo di alcool e tabacco, ecc. La forma di attività fisica più comunemente praticata è l'esercizio aerobico e vi è un numero rilevante di ricerche recenti che esamina l'effetto positivo dell'esercizio aerobico per gli individui affetti da schizofrenia. La teoria alla base di tali ricerche, che trova evidenze anche in precedenti risultati scientifici, sostiene che l'esercizio aerobico abbia un effetto sull'attenzione, sulla memoria e sulla capacità decisionale, attraverso la stimolazione della neuro plasticità. L'esercizio fisico aumenta anche il volume ippocampale e l'integrità della sostanza bianca. Ulteriori ricerche in pazienti con schizofrenia dimostrano che l'attività fisica / l'esercizio fisico sono associati a maggiori capacità cognitive, aumento del volume di materia bianca e grigia e livelli più alti di fattori neurotrofici (BDNF), che promuovono la plasticità cerebrale.

Di conseguenza, sono stati esaminati recenti studi meta-analitici e di revisione sul trattamento di pazienti con schizofrenia attraverso l'esercizio e l'attività fisica. L'obiettivo era di riassumere la letteratura recente e fornire linee guida a ricercatori, medici e professionisti che rispondessero alle esigenze degli individui affetti da schizofrenia.

Firth ad altri (2017) hanno rilevato risultati positivi nell'esercizio aerobico ed affermano che, al fine di ottenere maggiori benefici dall'esercizio fisico, sono necessari interventi con

dosaggi più elevati (minuti alla settimana) in ambienti supervisionati con professionisti specializzati. Risultati positivi sono evidenti anche da una varietà di studi clinici controllati randomizzati, con una durata diversa (ad esempio 6 settimane, 8 settimane, 12 settimane, 6 mesi), moduli di esercizio differenti (ad esempio tapis roulant, aerobico e anaerobico - allenamento di forza, allenamento di resistenza), frequenza diversa (ad esempio 2 o 3 volte a settimana) e livello di intensità (ad es. Heggelund et al., 2011; Scheewe et al., 2012; Strassing et al., 2012). Sembra quindi che qualsiasi forma di esercizio possa apportare vantaggi, ma occorre prestare attenzione alle linee guida presentate da Vancampfort ad altri (2015) per la definizione di programmi di intervento basati sull'attività fisica e rivolti ad individui affetti da schizofrenia. Queste linee guida affermano che l'empatia e l'incoraggiamento sono aspetti fondamentali per l'intero intervento, dal momento che i pazienti sono spesso alle prese con l'ambivalenza e il dubbio sulle loro capacità di continuare e di stare al passo con le richieste del programma. È essenziale creare interventi basati sulle preferenze dei pazienti e sviluppare un piano individualizzato che tenga conto delle barriere con cui i pazienti si confrontano (di tipo fisico, cognitivo ed emotivo). I pazienti devono sviluppare obiettivi individuali e realizzabili, adattabili sempre in base al loro background, agli effetti collaterali del farmaco psicotropo, allo sforzo percepito e alla tolleranza generale all'esercizio. Inoltre, i confronti tra pari non sono utili e lo specialista dovrebbe concentrarsi sulla facilitazione delle ragioni personali a partecipare ed essere attivi, sull'esperienza positiva delle attività stesse e non su obiettivi di lunga durata e distanza (ad esempio riduzione del peso). Viceversa, un approccio più fattibile è quello di enfatizzare i benefici a breve termine, possibilmente dopo ogni sessione. È essenziale promuovere lo sviluppo di un'identità, come persona in forma ed attiva, incoraggiando, talvolta, modifiche all'obiettivo. Gli specialisti potrebbero anche aver bisogno di supporto (ad esempio familiari e amici) per confrontarsi sui problemi che ostacolano la partecipazione all'attività fisica.

Relazione tra esercizio fisico e disordine bipolare: evidenze scientifiche

In aggiunta al comune trattamento farmacologico, anche l'esercizio fisico e l'attività fisica risultano essere interventi non farmacologici per i Disturbi Bipolari, grazie al loro effetto antinfiammatorio. I ricercatori del settore concordano sul fatto che i pazienti con Disturbi Bipolari praticano livelli significativamente più bassi di attività fisica quotidiana, rispetto a quelli indicati nelle linee guida ASCM. Un livello ridotto di attività fisica è correlato a

diverse condizioni cliniche secondarie, come diabete di tipo II, sindrome metabolica, malattie cardiovascolari, aumento di peso ed ictus. Le condizioni cliniche secondarie e l'aumento del rischio di problemi di salute fisica hanno un impatto sul decorso della malattia, con un aumento del rischio di episodi ricorrenti, frequenti ospedalizzazioni, abitudini alimentari non salutari, inattività fisica, recidiva depressiva, fumo, abuso di sostanze, bassa auto-stima e una riduzione generale del rapporto costo-efficacia degli interventi terapeutici.

Sulla base di tale evidenza, i risultati degli studi analitici e di revisione sono stati utilizzati per fornire linee guida generali a ricercatori, medici e professionisti, che possano rispondere ai bisogni dei pazienti con disturbi bipolari. Bauer ed altri (2016) descrivono gli interventi terapeutici mirati all'alimentazione, all'attività fisica ed al benessere rivolti alle persone con disturbi bipolari. Gli interventi variavano in durata (da 12 settimane a 24 mesi), i principali indicatori di risultato (es. Indice di Massa Corporea) valutano le funzioni autonome (es. pressione sanguigna), i livelli di glucosio, il colesterolo, la qualità della vita e del sonno, il livello dell'umore, le infiammazioni (es. proteina C reattiva), ecc. I ricercatori evidenziano che gli interventi portano ad una diminuzione del peso corporeo, della pressione diastolica, della gravità degli episodi maniacali ed ad un aumento dell'energia e dei livelli di esercizio, ad un miglioramento nelle scelte dell'alimentazione, ecc. Questi risultati incoraggianti includono screening e *coaching* individualizzati, adozione e mantenimento dei cambiamenti comportamentali, il coinvolgimento e la scelta di obiettivi primari (es. "Life Goals Collaborative Care" - LGCC).

Analogamente, risultati positivi sono stati rilevati da studi clinici controllati randomizzati che esaminano la correlazione tra attività fisica ed una varietà di indicatori, come l'Indice di Massa Corporea, il peso corporeo, il colesterolo, i livelli di glucosio, il miglioramento dell'umore, episodi maniacali, sintomi depressivi, qualità del sonno, benessere, corretta alimentazione etc. (Gillhof ed altri, 2010; Goldstein ed altri, 2011; Kilbourne ed altri, 2013). Questi studi hanno utilizzato una varietà di interventi, per quanto riguarda il contenuto (ad esempio l'intervento motivazionale, l'autogestione da parte dei pazienti degli obiettivi di salute fisica) e la durata (da 3 a 24 mesi).

Relazione tra esercizio fisico e demenza: evidenze scientifiche

I ricercatori sostengono che interventi non farmacologici, come l'attività fisica e l'esercizio fisico, possono essere utilizzati quali trattamenti alternativi per i pazienti con demenza.

L'effetto benefico dell'attività fisica sulle funzioni cognitive e motorie è stato descritto attraverso i cambiamenti neurologici indotti all'interno delle strutture cerebrali. L'aumento dei livelli di neurotrofina, neurogenesi, vascolarizzazione, l'incremento del volume della corteccia prefrontale e dell'ippocampo anteriore all'interno del cervello spiegano tali effetti benefici. Inoltre, l'attività fisica può anche mediare la neuro-infiammazione, inibire la disfunzione neuronale e persino ridurre l'aggregazione di proteine patogene responsabili della malattia.

Nel presente documento di approfondimento abbiamo tentato di riassumere la letteratura recente e di fornire evidenze dell'effetto benefico dell'attività fisica e dell'esercizio fisico per il trattamento degli individui affetti da demenza e malattie mentali correlate (es. Alzheimer, Parkinson). I risultati positivi sono evidenti utilizzando moduli di intervento e durata differenti e forniscono delle linee guida utili per i ricercatori ed i professionisti. Riemersma-van der Lek ed altri (2008) esaminano l'effetto della luce intensa in un gruppo di pazienti con demenza e hanno riportato riscontri positivi nelle variabili valutate (attività fisica e attività della vita quotidiana). Ancoli-Israele ed altri (2002) esaminano l'effetto di due ore di luce intensa serale, combinata con sessioni di 2 ore di luce fioca serale e regole di restrizione del sonno, evidenziando un incremento significativo dei livelli di attività fisica sui pazienti coinvolti, affetti da gravi malattie mentali. Holmes ed altri (2006) utilizzano una sequenza di musica dal vivo, musica registrata e periodi di silenzio (30 minuti ciascuno) ed esaminano i relativi effetti sul coinvolgimento nell'attività fisica di pazienti con demenza. I ricercatori hanno riferito che l'impegno nell'attività fisica è più alto in presenza di musica dal vivo ed inferiore con la musica registrata (Holmes ed altri, 2006). Sixsmith e Gibson (2007) hanno riportato una maggiore partecipazione dei pazienti affetti da demenza in attività che sono per loro stimolanti, individualizzate e significative. Cioffi ed altri (2007) hanno esaminato l'effetto positivo di un ambiente decorato, con aree non ristrette, ampie finestre e sale multisensoriali. I ricercatori riscontrano un maggiore coinvolgimento nell'attività fisica e nella vita quotidiana, concludendo che la natura non restrittiva dell'ambiente offre maggiore libertà di camminare e impegnarsi nelle attività quotidiane (Cioffi ed altri, 2007).

Beebe ed altri (2011) hanno realizzato un programma di attività fisica basato su camminate 3 volte a settimana, per una durata di 16 settimane, al fine di valutare la frequenza e la persistenza dei pazienti con gravi malattie mentali. I ricercatori hanno riportato un incremento di persistenza ed aderenza alle richieste del programma. Bodin e

Martinsen (2004) hanno esaminato la percezione dell'efficacia e dei sintomi depressivi collegati ad un programma di attività fisica basato sulle arti marziali rispetto ad un altro basato sulla cyclette. I ricercatori hanno scoperto che le arti marziali aumentano il senso di autoefficacia, che a sua volta non è associato ai sintomi depressivi dei pazienti. Nel gruppo di cyclette stazionarie, viceversa, non si riscontra un beneficio simile. I ricercatori affermano che i partecipanti al gruppo di arti marziali si sono motivati a vicenda per svolgere le attività e hanno apprezzato l'intero programma (Bodin & Martinsen, 2004). Daumit ed altri (2011) hanno condotto un intervento di 6 mesi su pazienti con disturbi mentali gravi, incentrato su alimentazione sana, organizzazione dell'attività fisica in gruppi e supporto per la gestione del peso. I ricercatori affermano che il successo del programma è da attribuire, in una certa misura, al sostegno sociale e all'incoraggiamento che i partecipanti hanno sperimentato durante il periodo di 6 mesi (Daumit ed altri, 2011). Van Citters ed altri (2010) hanno condotto un programma di promozione della salute personalizzato, della durata di 9 mesi. I partecipanti hanno incontrato un mentore della salute una volta alla settimana e hanno avuto accesso gratuito alle strutture per il fitness per tutta la durata dello studio. I ricercatori hanno rilevato che la prontezza ad impegnarsi nell'attività fisica è aumentata durante l'intervento, rilevando miglioramenti significativi anche nel tempo di coinvolgimento nell'attività stessa (Van Citters ed altri, 2010).

CONCLUSIONI/RACCOMANDAZIONI

Attività fisica/esercizio fisico e depressione

Sulla base dei risultati della ricerca e delle linee guida degli Istituti Nazionali di tutto il mondo, si forniscono le seguenti raccomandazioni per l'utilizzo dell'esercizio fisico per gli individui affetti da depressione:

Per la depressione da lieve a moderata, l'effetto dell'esercizio fisico può essere paragonabile al farmaco antidepressivo e alla psicoterapia; per quanto riguarda i disturbi depressivi gravi, l'esercizio fisico sembra essere una valida terapia complementare ai trattamenti tradizionali (Knapen ed altri, 2015). Sulla base dei risultati della ricerca e delle raccomandazioni del Gruppo di lavoro olandese per lo sviluppo di linee guida multidisciplinari per l'ansia e la depressione (2013), l'esercizio è raccomandato in caso di episodi di depressione lieve e di depressione maggiore di entità moderata e ricorrente.

Nel Regno Unito, sulla base dei risultati della ricerca e delle raccomandazioni del National Institute for Clinical Excellence (2004), si propone che le persone con depressione lieve di

tutte le età, possano seguire un programma di esercizi strutturati fino a 3 sessioni a settimana, con una durata moderata (da 45 minuti ad un'ora). L'esercizio può durare più di tre mesi, in un ambiente sorvegliato. Lo Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010) raccomanda la supervisione da parte di esperti e la partecipazione a programmi di esercizio organizzati, come opzione terapeutica per i pazienti con depressione. Inoltre, il Centro nazionale di collaborazione per la Salute Mentale e l'Istituto Nazionale per la Salute e l'Eccellenza (2010) del Regno Unito ("Linea guida clinica 90") hanno indicato che "per le persone con persistenti sintomi depressivi sottosoglia o depressione da lieve a moderata" (p. 213) un "programma di attività fisica per gruppi" dovrebbe essere offerto, tra le altre opzioni di trattamento "a bassa intensità". Tale programma dovrebbe (a) essere realizzato in gruppi con il supporto di un professionista e (b) prevedere normalmente tre sessioni a settimana di durata moderata (da 45 minuti ad un'ora) per 10-14 settimane.

Fisioterapisti, fisiologi dell'esercizio fisico, istruttori ed altri professionisti della salute dovrebbero essere consapevoli che diversi sintomi di depressione (ad esempio mancanza di motivazione; perdita di appetito, di interesse e di energia; sentimenti generalizzati di stanchezza mentale e fisica, deficit cognitivo, bassi livelli di autostima, nonché disturbi psicosomatici) associati a problemi di salute fisica possono interferire con la partecipazione a programmi di attività fisica. Pertanto, le strategie motivazionali risultano importanti e dovrebbero essere applicate ed incluse nei programmi di allenamento al fine di migliorare la motivazione e l'aderenza dei pazienti, che sono due fattori fondamentali per l'efficacia dell'attività fisica (Knapen ed altri, 2015). Per concludere, l'esercizio e l'attività fisica sono consigliati, quali trattamenti efficaci se supervisionati, strutturati ed organizzati; il paziente dovrebbe essere impegnato per 3 volte a settimana, dai 45 ai 60 minuti di intensità moderata, per circa quattro mesi.

Attività fisica/esercizio fisico e disturbi d'ansia

Sulla base dei risultati della ricerca, la prescrizione dell'esercizio fisico per le persone con disturbi d'ansia dovrebbe seguire le seguenti raccomandazioni:

Qual è l'esercizio più adatto? Correre, camminare, andare in bicicletta, nuotare o ballare risultano essere le attività fisiche più comunemente associate alla riduzione dell'ansia.

Quanto spesso è necessario effettuare l'allenamento? L'esercizio fisico deve essere eseguito almeno tre volte alla settimana per ridurre l'ansia di tratto. Per l'ansia di stato, una singola sessione di esercizio può creare emozioni positive e riduzione dello stato

ansioso. Tuttavia, in questo caso la riduzione dell'ansia di stato è temporanea e di solito dura solo poche ore.

Che tipo di intensità dovrebbe avere l'allenamento? Non è necessaria un'alta intensità per produrre effetti positivi sul livello di ansia. Solitamente, sia gli esercizi moderati che quelli a bassa intensità sono efficaci nella riduzione dell'ansia.

Quale dovrebbe essere la durata dell'allenamento? Le sessioni di allenamento dovrebbero durare almeno 15-20 minuti al fine di produrre riduzioni notevoli dello stato di ansia.

Dopo quanto tempo sono visibili i primi miglioramenti? Per determinare un miglioramento significativo dell'ansia di tratto, i programmi di allenamento devono essere eseguiti per un minimo di nove a dodici settimane. Inoltre, per mantenere gli effetti positivi, l'esercizio dovrebbe diventare parte di uno stile di vita regolare.

Per riassumere, La invitiamo a prendere in considerazione le seguenti indicazioni:

- Scelga un esercizio che le piace,
- Selezioni pensieri rilassanti durante l'allenamento,
- Impari ad ascoltare il suo corpo ed i segnali di stress,
- Non si lasci trasportare dal programma di esercizi – “più” non è sempre l'opzione migliore;
- Sia flessibile se non ottiene i benefici desiderati – apporti delle modifiche, se necessario,
- Si alleni con la sua musica preferita,
- Vari il suo allenamento - in frequenza, intensità o durata.

Attività fisica/esercizio fisico e schizofrenia

Seguendo i suggerimenti dei ricercatori di settore, sembra che gli esercizi aerobici e la combinazione fra allenamenti aerobici / anaerobici (ad esempio 30 minuti di bicicletta indoor, tre volte alla settimana per 3 mesi) migliorino i deficit cognitivi nei pazienti affetti da schizofrenia (Falkai, Malchow e Schmitt , 2017). Gli interventi aerobici dovrebbero contribuire al cambiamento da "obeso ad allenato", poiché la salute e la mortalità sono risultati primari, laddove l'indice di massa corporea e il peso possono essere percepiti come variabili di esito secondario (Vancampfort, Rosenbaum, Ward, & Stubbs, 2015). Definire obiettivi realizzabili e realistici è un elemento essenziale e tutti i professionisti coinvolti potrebbero aver bisogno di adottare, in anticipo, una strategia comportamentale per negoziare la (possibile) recidiva dei pazienti durante il loro coinvolgimento in

programmi di attività fisica. Vancampfort ed altri (2015) hanno stabilito che "è importante spiegare alle persone con schizofrenia che le ricadute sono parte del processo di cambiamento e che reagire con senso di colpa, frustrazione e autocritica può ridurre la loro capacità di mantenere il livello raggiunto di esercizio fisico. In tal senso, sembrano essere efficaci le strategie di prevenzione delle ricadute, quali la definizione di obiettivi realistici, attività pianificate, aspettative realistiche, identificazione e modifica del pensiero negativo e concentrazione sui benefici delle singole sessioni di allenamento" (p.10). La presenza di professionisti qualificati (ad esempio fisioterapisti) e la loro supervisione ridurrà al minimo i tassi di abbandono e massimizzerà l'efficienza dei programmi di allenamento prescritti per le persone affette da schizofrenia (Vancampfort ed altri, 2016).

Attività fisica/esercizio fisico e disturbi bipolari

Ad oggi, i risultati della ricerca avvallano la necessità di programmi di intervento ben progettati per aumentare l'attività fisica, ridurre i comportamenti sedentari e l'elevato rischio di patologie concomitanti nei pazienti con disturbi bipolari (Janey ed altri, 2014; Vancampfort ed altri, 2016). Si consiglia il lavoro di equipe condotto da team multidisciplinari di psicologi, psichiatri, nutrizionisti, esperti in campo medico e sportivo al fine di facilitare la conformità e l'aderenza del paziente alle richieste del programma (Bauer ed altri, 2016). Un ulteriore consiglio pratico è aumentare giornalmente il tempo dedicato ad una moderata attività fisica (ad esempio alzarsi dalla sedia e muoversi durante le pause TV, aggiungendo, successivamente, cinque minuti di camminata) al fine di portare "gradualmente le persone sedentarie con disturbi bipolare verso sessioni di attività fisica di intensità da moderata a vigorosa e di rafforzamento muscolare per migliorare i risultati fisici nel lungo termine" (Vancampfort ed altri, 2016, p 151). Inoltre, devono essere prese in considerazione anche le complicazioni collegate all'esercizio fisico (Melo ed altri, 2016). L'attività fisica può, certamente, alleviare i sintomi dell'ipomania e prevenire i cambiamenti dell'umore, ma potrebbe anche peggiorare gli episodi maniacali o ipomaniacali (Melo ed altri, 2016). I medici devono, quindi, essere consapevoli del sottotipo e della fase del disturbo bipolare da trattare e delle condizioni di comorbidità che potrebbero limitare l'aderenza e la partecipazione (Wright ed altri, 2016). I programmi di attività fisica devono adattarsi alla molteplicità degli stati affettivi vissuti dai pazienti, come mania, ipomania, depressione, eutimia e stati affettivi misti. La durata, la frequenza e l'intensità dei programmi di attività fisica possono, quindi, essere soggetti a costanti aggiustamenti,

secondo le fasi vissute dai pazienti. I programmi di attività fisica richiederanno input da differenti professionisti della salute al fine di decidere la loro combinazione con trattamenti farmacologici, terapie cognitive o comportamentali, ecc. I medici possono anche utilizzare l'opinione del paziente e la sua precedente esperienza per migliorare l' accettabilità dell'intervento. Esperienze pregresse, scelte, abilità ed atteggiamenti personali, fiducia in sé stessi sono fattori che possono avere un impatto negativo sul coinvolgimento e l'aderenza a qualsiasi intervento di esercizio fisico prescritto (Wright ed altri, 2016) .

Attività fisica/esercizio fisico e demenza

La letteratura suggerisce che gli esercizi aerobici, con una frequenza di 3 - 4 volte alla settimana, apportino benefici per le persone con malattia mentale grave, morbo di Alzheimer e Parkinson (Dustine & Moore, 2005). Le sessioni di allenamento, tuttavia, non possono superare i 30 minuti ciascuna. A sua volta, l'intensità, non può superare gli 11-14 punti di una scala di Likert di 20. Gli esercizi di resistenza sono molto utili, ma devono essere limitati a 2 sessioni a settimana, con un singolo set di 8-12 ripetizioni, al 50-70% del massimale previsto. I professionisti possono aumentare il carico di lavoro a 2 serie di 8-12 ripetizioni ciascuna. Gli esercizi di flessibilità sono essenziali, 5 volte a settimana, con ripetizioni della durata non superiore a 20-30 secondi, per mantenere l'intero ciclo di movimento. Tali linee guida devono essere seguite con sessioni di riscaldamento e raffreddamento, della durata massima di 5-10 minuti ciascuna. Per quanto riguarda i pazienti con malattia di Alzheimer, Dustine e Moore (2005) affermano che camminare è il metodo più adatto per mantenere il livello di allenamento, con obiettivi individualizzati e fattibili. L'obiettivo principale è, tuttavia, il piacere che i pazienti sperimentano durante l'attività. La durata e la frequenza differiscono a seconda delle esigenze e delle preferenze individuali. Gli esercizi di tono muscolare sono utili, solitamente in posizione seduta. Anche qui, il piacere personale è elemento essenziale per il coinvolgimento dei pazienti, con 10-12 ripetizioni per ciascun esercizio. Infine, per quanto riguarda il morbo di Parkinson, Dustine e Moore (2004) affermano che oltre a camminare, esistono diversi moduli di esercizio utili a mantenere e aumentare la capacità lavorativa del paziente, quali l'ergometro a ciclo manuale e i vogatori . La frequenza per l'esercizio aerobico dovrebbe essere 3 volte a settimana con un' intensità del 60-80% del massimale previsto ed una durata consigliabile inferiore a 60 minuti. Per aumentare la resistenza, i pazienti possono anche impegnarsi in una camminata all'aperto per brevi distanze (20-30 minuti),

preferibilmente sotto supervisione. Le brevi sessioni a piedi si possono svolgere 4-6 volte al giorno e la velocità dovrà essere scelta autonomamente dai pazienti stessi. Per quanto riguarda l'intensità, potranno anche essere utilizzate delle attrezzature da palestra, con pesi leggeri per 3 sessioni a settimana, con una serie di 8-12 ripetizioni per i principali gruppi muscolari. Anche gli esercizi di flessibilità sono importanti, al fine di mantenere e aumentare la serie di movimenti, con una frequenza di 1-3 sessioni a settimana.

Riferimenti bibliografici

- Ackley, B. J., Swan, B. A., Ladwig, G., & Tucker, S. (2008). *Evidence-based nursing care guidelines: Medical-surgical interventions*. St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Ancoli-Israel, Martin, J., Kripke, D., Marler, M., & Klauber, M. (2002). Effect of light treatment on sleep and cardiac rhythms in demented nursing home patients. *Journal of American Geriatric Society, 50*, 282-289.
- Azevedo Da Silva, M., Singh-Manoux, A., Brunner, E.J., Kaffashian, S., Shipley, M.J., Kivimaki, M., & Nabi, H. (2012). Bidirectional association between physical activity and symptoms of anxiety and depression: The Whitehall II study. *European Journal of Epidemiology, 27*, 537-546.
- Bauer, I., Galvez, J., Hamilton, J., Balanza-Martinez, V., Zunta-Soares, G., Soares, J., & Meyer, T. (2016). Lifestyle interventions targeting dietary habits and exercise in bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Psychiatry Research, 74*, 1-7.
- Beebe, L., Smith, K., Burk, R., McIntyre, K., Dessieux, O., Tavakoli, A., Tennison, C., & Velligan, D. (2011). Effects of a motivational intervention on exercise behavior in persons with schizophrenia spectrum disorder. *Community Mental Health Journal, 47*, 628-636.
- Bodin, T., & Martinsen, E.W. (2004). Mood and self-efficacy during acute exercise in clinical depression. A randomized, controlled study. *Journal of Sport & Exercise Psychology, 26*, 623-633.
- Bull, F.C., Gauvin, L., Bauman, A., Shilton, T., Kohl, H.W., & Salmon, A. (2010). The Toronto Charter for Physical Activity: A global call for action. *Journal of Physical Active Health, 7*(4), 421-422.
- Cioffi, J., Fleming, A., Wilkes, L., Sinfield, M., & Miere, J. (2007). The effect of environmental change on residents with dementia. The perceptions of relatives and staff. *Dementia, 6*, 215-231.
- Cleare, A., Pariante, C., Young, A., Anderson, I., Christmas, D., Cowen, P., et al., (2015) Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology, 29*(5), 459-525. doi: 10.1177/0269881115581093.
- Daumit, G., Dalcin, A., Jerome, G., et al (2011). A behavioral weight-loss intervention for persons with serious mental illness in psychiatric rehabilitation centers. *International Journal of Obesity, 35*, 1114-1123.
- Dustine, J., & Moore, G. (2005). ACSM's exercise management for persons with chronic diseases and disabilities (2nd ed.). Champaign, IL: Human Kinetics.

- Ekkekakis, P. (2015). Honey, I shrunk the pooled SMD! Guide to critical appraisal of systematic reviews and meta-analysis using the Cochrane review on exercise for depression as example. *Mental Health and Physical Activity, 8*, 21-36.
- Ekkekakis, P., & Murri, M.B. (2017). Exercise as antidepressant treatment: Time for the transition from trials to clinic? *General Hospital Psychiatry, 49*, A1-A5. doi: [10.1016/j.genhosppsych.2017.11.004](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.11.004)
- Falkai, P., Malchow, B., & Schmitt, A. (2017). Aerobic exercise and its effects on cognition in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry, 30*, 171-175.
- Firth, J., Cotter, J., Elliott, R., French, P., & Young, A. (2015). A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenic patients. *Psychological Medicine, 45*, 1343-1361.
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorczynski, P., Yung, A., & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 46*, 2869-2881.
- Firth, J., Stubbs, B., Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Malchow, B., Schuch, F., Elliot, R., Nuechterlein, K., & Yung, A. (2017). Aerobic exercise improves cognitive functioning in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin, 43*, 546-556.
- Gillhof, K., Gaab, J., Emini, L., Maroni, C., Tholuck, J., & Greil, W. (2010). Effects of a multimodal lifestyle intervention on body mass index in patients with bipolar disorder: a randomized controlled trial. *Primary Care Companion. Journal of Clinical Psychiatry, 12*, 1-10.
- Goldstein, T., Goldstein, B., Mantz, M., Bailey, B., & Douaihy, A. (2011). A brief motivational intervention for preventing medication-associated weight gain among youth with bipolar disorder: treatment, development and case report. *Journal of Children and Adolescence Psychopharmacology, 21*, 275-280.
- Goodwin, R.D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the US. *Preventive Medicine, 36*(6), 698-703.
- Harvey, S.B., Øverland S., Hatch, S.L., Wessely, S., Mykletun, A., & Hotopf, M. (2018). Exercise and the prevention of depression: Results of the HUNT cohort study. *American Journal of Psychiatry, 175*(1), 28-36. doi: [10.1176/appi.ajp.2017.16111223](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16111223).
- Heggelund, J., Nilsberg G., Hoff, J., Morken, G., & Helgerud, J. (2011). Effects of high aerobic intensity training in patients with schizophrenia. *Norwegian Journal of Psychiatry, 65*, 269-275.
- Herring, M.P., O'Connor, P.J., & Dishman, R.K. (2010). The effect of exercise training on anxiety symptoms among patients: A systematic review. *Archives of International Medicine, 170*(4), 321-331.
- Herring, M.P., Jacob, M.L., Suveg, C., Dishman, R.K., & O'Connor, P.J. (2012). Feasibility of exercise training for the short-term treatment of generalized anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 81*, 21-28.
- Holmes, C., Knights, A., Dean, C., Hodgkinson, S., & Hopkins, V. (2006). Keep music live: music and the alleviation of apathy in dementia subjects. *International Psychogeriatrics, 18*, 623-630.
- Jayakody, K., Gunadasa, S., & Hosker, C. (2014). Exercise for anxiety disorders: Systematic review. *British Journal of Sports Medicine, 48*(3), 187-196. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091287>
- Jelsma, J. (2009). Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health: A literature survey. *Journal of Rehabilitation Medicine, 41*, 1-12.

- Kennedy, S.H. et al. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, *61*(9), 540-560.
- Khan, F., & Pallant, J. (2011). Use of the International Classification of Functioning, Disability and Health to identify preliminary comprehensive and brief core sets for Guillain Barre Syndrome. *Disability and Rehabilitation*, *33*, 1306-1313.
- Kilbourne, A., Goodrich, D., Lai, Z., Post, E., Schumacher, K, Nord, K., et al (2013). Randomized controlled trial to reduce cardiovascular disease risk for patients with bipolar disorder: The self-management addressing heart risk trial (SMAHRT). *Journal of Clinical Psychiatry*, *74*, 655-661.
- Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Bartels, M,N., Armstrong, H.F., Ballon, J.S., Khan, S., Chang, R.W., Hansen, M.C., Ayanruoh, L., & Lister, A. (2015). The impact of aerobic exercise on brain-derived neurotrophic factor and neurocognition in individuals with schizophrenia: A single-blind, randomized clinical trial. *Schizophrenia Bulletin*, *41*, 859-868.
- Knapen, J., Vancampfort, D., Moriën, Y., & Marchal, Y. (2015). Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Journal of Disability and Rehabilitation*, *16*, 1490-1495. doi: 10.3109/09638288.2014.972579
- Li, K., Yan, T., You, L., Xie, S., Li, Y., Tang, J., Wang, Y., & Gao, Y. (2016). The inter-rater reliability of the International Classification of Functioning, Disability and Health set for spinal cord injury nursing. *International Journal of Rehabilitation Research*, *39*, 240-248.
- Malhi, G.S., Bassett, D., Boyce, P., Bryant, R., Fitzgerald, P.B., FritzK, et al. (2015). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, *49*(12), 1087–1206. doi: 10.1177/0004867415617657.
- Melo, M.C., Daher Eder, F., Albuquerque, S.G., & de Bruin, V.M. (2016). Exercise in bipolar patients: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *198*, 32-38.
- Nasstasia, Y., Baker, A.L., Halpin, S.A., Hides, L., Lewin, T.J., Kelly, J.B., Callister, R. (2018). Evaluating the efficacy of an integrated motivational interviewing and multi-modal exercise intervention for youth with major depression: Healthy Body, Healthy Mind randomised controlled trial protocol. *Contemporary Clinical Trials Communications*, *9*, 13-22. doi: [10.1016/j.conctc.2017.11.007](https://doi.org/10.1016/j.conctc.2017.11.007)
- Petruzzello, S.J., Landers, D.M., Hatfield, B.D., et al. (1991). A meta-analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise: Outcomes and mechanisms. *Sports Medicine*, *11*,143–182.
- Ravindran A.V., Balneaves, L.G., Faulkner, G., Ortiz, A., McIntosh, D., Morehouse, R.L., et al. (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 5. Complementary and alternative medicine treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, *61*(9), 576–587. doi: 10.1177/0706743716660290.
- Riemersma-van der Lek, R., Swaab, D., Twisk, J., Hol, E., Hoogendijk, W., van Someren, E. (2008). Effects of bright light and melatonin on cognitive and noncognitive function in elderly residents of group care facilities. A randomized controlled trial. *JAMA*, *299*, 2642-2655.
- Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., & Ward, P.B. (2014). Physical activity interventions for people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, *75*, 964-974.

- Saha, S., Chant, D., & McGrath, J.A. (2008). A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry*, *64*, 1123-1131.
- Schuch, F.B., Vancampfort, D., Richards, J., Rosenbaum, S., Ward, P.B., & Stubbs, B. (2016). Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. *Journal of Psychiatric Research*, *77*, 42-51. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.02.023.
- Scheewe, T., Takken, T., Kahn, R., Cahn, W., & Backx, F. (2012). Effects of exercise therapy on cardiorespiratory fitness in patients with schizophrenia. *Medicine and Science in Sports & Exercise*, *44*, 1834-1842.
- Sixsmith, A., & Gibson, G. (2007). Music and the wellbeing of people with dementia. *Aging Society*, *27*, 127-145.
- Strassing, M., Newcomer, J., & Harvey, P. (2012). Exercise improves physical capacity in obese patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *141*, 284-286.
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F.B., Hallgren, M., Smith, L.,, Koyanagi, A. (2018). Relationship between sedentary behavior and depression: A mediation analysis of influential factors across the lifespan among 42,469 people in low- and middle-income countries. *Journal of Affective Disorders*, *229*, 231-238. doi: 10.1016/j.jad.2017.12.10.
- Taylor, A.H., & Faulkner, G. (2010). A reflection on 3 years of MENPA from the editors: Are we achieving our aims? *Mental Health and Physical Activity*, *3*, 47-50.
- The Toronto Charter for Physical Activity: A Global Call for Action (2010). Paper retrieved from <http://www.interamericanheart.org/images/PHYSICALACTIVITY/TorontoCharterPhysicalActivityENG.pdf>
- Vancampfort, D., Firth, J., Schuch, F., Rosenbaum, S., De Hert, M., Mugisha, J., Probst, M., & Stubbs, B. (2016). Physical activity and sedentary behavior in people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *201*, 145-152.
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Probst, M., Soundy, A., Mitchell, A., De Hert, M., & Stubbs, B. (2015). Promotion of cardiorespiratory fitness in schizophrenia: A clinical overview and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *132*, 131-143.
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Schuch, F., Ward, P., Probst, M., & Stubbs, B. (2016). Prevalence and predictors of treatment dropout from physical activity interventions in schizophrenia: A meta analysis. *General Hospital Psychiatry*, *39*, 15-23.
- Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Ward, P., & Stubbs, B. (2015). Exercise improves cardiorespiratory fitness in people with schizophrenia: A systematic review and meta analysis. *Schizophrenia Research*, *169*, 453-457.
- Vancampfort, D., Sienaert, P., Wyckaert, S., De Hert, M., Stubbs, B., & Probst, M. (2016). Sitting time, physical fitness impairments and metabolic abnormalities in people with bipolar disorder: An exploratory study. *Psychiatry Research*, *242*, 7-12.
- Van Citters, A., Pratt, S., Jue, K., Williams, G., Miller, P., Xie, H., & Bartels, S. (2010). A pilot evaluation of the In SHAPE individualized health promotion intervention for adults with mental illness. *Community Mental Health Journal*, *46*, 540-552.
- Wipfli, B.M., Rethorst, C.D., & Landers, D.M. (2008) The anxiolytic effects of exercise: A meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, *30*(4), 392-410.
- World Health Organization (2001). *International classification of functioning disability and health*. Geneva: World Health Organization.

- World Health Organization (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice* (Summary Report) Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2017). *Prevalence of mental disorders: Data and statistics*. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>
- Wright, K., Everson-Hock, E., & Taylor, A. (2009). The effects of physical activity on physical and mental health among individuals with bipolar disorder: A systematic review. *Mental Health and Physical Activity, 2*, 86-94.

03 Indicatori mentali ed attività fisica

AUTORI:

Athanasios Pappous, Dr. of University of Granada, Reader of University of Kent

Antigoni Zafeiri, Data analyst ; Research Assistant University of Kent

University of Kent
SCHOOL OF PHYSICAL SCIENCES
United Kingdom

INTRODUZIONE

Che l'attività fisica apporti notevoli benefici da un punto di vista fisiologico è risaputo: migliora la qualità della vita e riduce il rischio di sviluppare diabete, malattie cardiache ed altri disturbi aggravati da uno stile di vita sedentario (Richardson e altri, 2005). Alcuni studi riportano una riduzione fino al 60% delle condizioni croniche (Richardson e altri, 2005). Una letteratura sempre più vasta riporta i benefici psicologici di un'attività fisica regolare, che vanno dal miglioramento dell'umore alla riduzione della depressione, della rabbia e dell'ansia (Hassmen e altri, 2000). L'attività fisica potenzia anche l'autoefficacia e stimola alcuni processi cognitivi e fisiologici complessi in grado di migliorare condizioni quali la depressione clinica (Hassmen e altri, 2000).

Negli ultimi decenni i disturbi della salute mentale sono diventati un problema sempre più pressante per la sanità pubblica, che ha portato alla ricerca di sistemi alternativi atti ad integrare i trattamenti medici e psichiatrici, anche alla luce degli evidenti benefici che l'attività fisica produce su tali disturbi. Nella maggior parte dei casi, le persone che soffrono di disturbi mentali conducono uno stile di vita sedentario e sono più soggette a malattie quali il diabete o l'ipertensione, a causa dei farmaci che assumono, di una dieta spesso sbilanciata e della mancanza di movimento (Richardson e altri, 2005). L'attività fisica può aiutare a contrastare gli effetti collaterali dei farmaci e a migliorare aspetti psicologici quali l'umore, la percezione di sé, la stabilità emotiva, la sicurezza, la memoria e l'autocontrollo (Taylor e altri, 1985).

Attività fisica, esercizio e forma fisica sono tre termini comuni, usati frequentemente come sinonimi. Tuttavia, è importante chiarire che sono concetti differenti. Secondo Caspersen e altri (1985) l'attività fisica include qualsiasi movimento, prodotto dai muscoli, che risulti in un dispendio energetico (per es. movimenti dovuti ad attività professionali, sportive o di altro tipo). L'esercizio può essere definito come una sottocategoria dell'attività fisica, pianificato e strutturato per migliorare la propria condizione fisica. Infine, la forma fisica include tutti quei fattori correlati alla salute o alle capacità personali. Nel contesto di questo documento, verrà utilizzato il concetto più ampio di "attività fisica".

L'attività fisica può avere diversi effetti: può aiutare a cambiare la propria routine quotidiana, ad interagire con gli altri, ad aumentare l'autostima e la fiducia in sé, ad affrontare le sfide, ad acquisire nuove competenze, ad avere una migliore consapevolezza del proprio corpo e a trarre beneficio dall'impatto positivo che questo comporta (Callaghan, 2003; Ströhle, 2009; White e altri, 2009). Può essere utilizzata per promuovere il benessere e il pensiero positivo, grazie ai suoi effetti benefici sia a livello fisiologico che psicologico (Daley, 2002), e può contribuire a prevenire e a curare i disturbi mentali (Fox, 1999). La maggior parte degli articoli e delle ricerche che analizzano i benefici dell'attività fisica sulla salute mentale si concentra principalmente sulla depressione, ma occorrono ulteriori studi per verificare se può produrre gli stessi effetti nelle malattie mentali più gravi.

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

Questo documento intende approfondire, sulla base di evidenze scientifiche, i benefici dell'attività fisica sui disturbi mentali quali depressione, ansia, schizofrenia, disturbo bipolare, ecc.

METODO

Il metodo di ricerca utilizzato per analizzare l'associazione attività fisica e salute mentale è stato quello dell' "analisi narrativa", un approccio meno formale rispetto a quello dell'analisi sistematica, ma molto "utile per riunire e sintetizzare in un unico testo una specifica area tematica" (Cronin e altri, 2008, p.38). Per identificare le fonti è stata effettuata una ricerca sistematica in banche dati accademiche pertinenti (Web of Science, PsycINFO, Scopus, Google Scholar, SportsDiscus), inserendo parole chiave come "attività fisica", "salute

mentale", "disturbi mentali", "esercizio", "effetti psicologici" e "sport". La ricerca è stata circoscritta agli articoli accademici e agli atti di conferenze, in inglese.

REVISIONE BIBLIOGRAFICA

DEPRESSIONE

Nel Regno Unito, i servizi di salute mentale hanno convenuto sul fatto che esiste un'associazione positiva tra attività fisica e salute mentale. L'attività fisica e l'esercizio fisico sono percepiti come supplementi utili per il trattamento dell'ansia, di cui possono beneficiare emotivamente persone di tutte le età, indipendentemente dal sesso (Callaghan, 2003). La depressione sembra essere correlata alla percezione che l'individuo ha del proprio corpo, che l'attività fisica può influenzare positivamente (White ed altri, 2009). Molti studi dimostrano che l'attività fisica ha un effetto positivo sulla depressione, paragonabile a quello della psicoterapia (Fox, 1999; Ströhle, 2009) e che il miglioramento può essere equivalente a quello apportato dalla terapia cognitiva (Richardson e altri, 2005).

Il beneficio risulta maggiore per le persone che soffrono di una depressione moderata; alcuni studi condotti su un campione di vaste dimensioni hanno dimostrato che chi pratica un'attività fisica regolare per lunghi periodi di tempo ha livelli di depressione significativamente più bassi, indipendentemente dall'età (Hassmen e altri, 2000; Morgan, 1997). L'attività fisica può portare a una riduzione dei sintomi fino al 50%, indipendentemente dal fatto che sia di tipo aerobico o anaerobico. Anche nei casi più gravi di depressione, 30 minuti di allenamento su tapis roulant per 10 giorni consecutivi hanno prodotto una riduzione statisticamente significativa dei sintomi depressivi (Ströhle, 2009). Oltre a ridurre gli effetti negativi della depressione, l'attività fisica contribuisce a migliorare le strategie di coping e le funzioni mnemoniche (Foley e altri, 2008), la percezione del proprio stato di salute e benessere, il senso di appartenenza al contesto sociale (Hassmen et al., 2000). L'attività fisica migliora la qualità del sonno, il cui ciclo è generalmente alterato dalla depressione o dallo stress, contribuendo così all'efficacia degli antidepressivi (Stathopoulou e altri, 2006).

Non è ancora chiaro quale meccanismo renda possibile questo processo, tuttavia, il fatto che l'attività fisica produca risultati simili e talvolta superiori a quelli della psicoterapia è una ragione sufficiente per prenderla nella dovuta considerazione, anche per i costi notevolmente inferiori rispetto a quelli dei trattamenti tradizionali come la psicoterapia

(Morgan, 1997). Inoltre, i benefici dell'attività fisica sulla salute, quali il miglioramento dell'umore, dell'autostima e del sonno, sono di per sé motivi validi per il suo utilizzo come terapia alternativa o parallela (Atkinson, 2007).

ANSIA

Un'attività fisica intensa può ridurre gli stati di ansia, grazie al suo effetto di distrazione (Morgan, 1997), e sembra avere effetti ansiolitici sulla popolazione sana, anche se questo aspetto non può essere ancora generalizzato per le popolazioni campione di tipo clinico. La maggior parte degli studi dimostra che l'attività fisica apporta dei cambiamenti fisiologici che non sono riscontrati in altre tecniche di rilassamento. Lo sport risulta più efficace nel ridurre lo stress rispetto ad attività fisiche mirate ad uno scopo, come le attività domestiche o il recarsi al lavoro in bicicletta, forse a causa del legame percepito tra l'attività e il suo scopo, che comporta un diverso livello di piacere in base all'attività svolta (Asztalos et al., 2009).

Le persone che soffrono di disturbi d'ansia sembrano raggiungere risultati migliori se seguono un regime di attività fisica accompagnato da cure mediche. Occorre tuttavia essere cauti, in quanto alcuni degli effetti generati dall'attività fisica, come l'aumento della frequenza cardiaca e la sudorazione, sono simili a quelli che si manifestano quando si è sotto stress. (Stathopoulou ed altri, 2006; Ströhle, 2009).

Nel complesso, i benefici dell'attività fisica e dell'esercizio sulla riduzione dell'ansia hanno richiamato l'attenzione degli studiosi, ma occorrono ulteriori ricerche poiché ad oggi questo settore risulta insufficientemente esplorato.

DISTURBO BIPOLARE E SCHIZOFRENIA

Il disturbo bipolare e la schizofrenia sono disturbi psichiatrici debilitanti, accompagnati da alti tassi di mortalità e dal rischio di sviluppare malattie cardiovascolari, diabete, obesità, ipertensione e dislipidemia (Vancampfort ed altri, 2012). Questi rischi non sono attribuibili ad un singolo fattore, ma piuttosto all'interazione tra trattamento, genetica e stile di vita. Poiché la maggior parte delle persone che soffrono di schizofrenia o disturbi bipolari non seguono un'attività fisica intensa e regolare, tantomeno in contesti socialmente integranti (Wright ed altri, 2009), la sua inclusione in un trattamento multidisciplinare risulterebbe di notevole importanza (Vancampfort ed altri, 2012).

Monitorare l'effetto dell'attività fisica in persone con gravi malattie mentali risulta particolarmente difficile, per via di diversi fattori quali gli effetti collaterali dei farmaci, la stigmatizzazione e l'accesso limitato al sistema di salute mentale. Questi fattori, insieme alla mancanza di un'evidenza scientifica rilevante, ostacolano l'inserimento dell'attività fisica nei programmi di riabilitazione mentale (Hodgson ed altri, 2011).

Tuttavia, gli studi disponibili sui disturbi bipolari forniscono prove sufficienti sugli effetti positivi dell'attività fisica: nei soggetti schizofrenici, l'esercizio fisico aiuta a ridurre le allucinazioni uditive, a migliorare il ciclo del sonno e ad accrescere l'autostima (Callaghan, 2003). Poiché l'aumento di peso e le malattie cardiovascolari sono quasi inevitabili in presenza di disturbo bipolare o schizofrenia, l'integrazione dell'attività fisica nel trattamento diventa essenziale (Vancampfort et al., 2012), vista anche la sua sostenibilità economica. Inoltre, l'esercizio fisico facilita l'interazione sociale, un fattore fondamentale per il loro recupero (Hodgson et al., 2011).

La letteratura si concentra in particolare su benefici quali l'appagamento che deriva dal raggiungimento di un obiettivo, la partecipazione volontaria in contrapposizione al "devo seguire il trattamento", l'interazione sociale e la maggiore fiducia in se stessi (Hodgson ed altri, 2011). Nei soggetti schizofrenici l'attività fisica stimola l'ottimismo, in quanto li sprona a raggiungere un risultato, ad assumere il controllo, a mantenere relazioni, a trovare dei significati e a vivere un senso di normalità (Hodgson ed altri, 2011). Occorre tuttavia considerare alcuni aspetti che ostacolano l'adozione dell'attività fisica nei programmi terapeutici, fra cui l'accessibilità, i costi, la necessità di operatori in grado di monitorare con competenza i pazienti che aderiscano ad un programma di attività fisica regolare a lungo termine (Hodgson ed altri, 2011).

Analogamente a quanto accade con la depressione e i disturbi dell'ansia, la misura in cui l'attività fisica aiuta a migliorare i disturbi mentali gravi e il meccanismo attraverso cui questo accade non sono facilmente identificabili e possono differire da persona a persona. Tuttavia, l'attività fisica aiuta ad aumentare la fiducia e l'autostima e offre un mezzo di distrazione dagli effetti della malattia.

ALTRI EFFETTI POSITIVI

Alcuni studi hanno valutato l'impatto dell'attività fisica, in particolare di quella aerobica, su una popolazione campione non clinica, riportando una relazione inversa tra esercizio, benessere emotivo e sintomi depressivi. Contrariamente a quanto riscontrato in altri studi,

l'intensità dell'attività sembra assumere una valenza importante: una maggiore potenza aerobica sembra infatti avere un impatto significativo sulla diminuzione dei livelli di depressione (Galper ed altri, 2006).

Uno studio su larga scala condotto in California su una popolazione non clinica (Camacho ed altri, 1991) ha dimostrato che il rischio di sviluppare sintomi depressivi si riduce drasticamente se si segue un programma regolare di attività fisica. Inoltre, il mantenimento dell'attività fisica nel tempo sembra essere un fattore rilevante, in quanto i soggetti che hanno abbandonato il programma di allenamento hanno aumentato di una volta e mezzo la probabilità di cadere in depressione rispetto a quanti hanno mantenuto inalterati i loro livelli di attività giornalieri (Camacho ed altri, 1991).

Prendendo in esame le differenze di genere, le donne risultano essere due volte più soggette alla depressione rispetto agli uomini (Chu I-Hua, 2009). Alcuni sintomi tipici della menopausa possono rivelarsi dannosi per la salute mentale delle donne (Elavsky e McAuley, 2007): uno studio che ha coinvolto un campione di donne in diversi stadi della menopausa ha evidenziato gli effetti positivi dell'attività fisica e la riduzione degli effetti negativi associati a questa condizione (Elavsky e McAuley, 2007).

Va inoltre considerato il numero crescente di prove sui benefici dell'attività fisica nei confronti di malattie quali il diabete, l'obesità e alcuni tipi di tumore, quali il cancro al colon e al seno (Bauman, 2004). L'attività fisica si è dimostrata efficace anche nel settore delle dipendenze da sostanze stupefacenti o alcol. Unire l'attività fisica ad un programma di riabilitazione può contribuire a ridurre la dipendenza, l'ansia e la depressione in maniera più efficace rispetto al trattamento abituale (Stathopoulou ed altri, 2006).

Considerando il costo e lo stigma correlati alle terapie tradizionali, l'attività fisica rappresenta un'alternativa economicamente conveniente, visto che molti studi hanno dimostrato che aiuta a gestire e ridurre i sintomi depressivi.

PSICOLOGIA POSITIVA

E' ormai noto e comprovato che l'attività fisica fa bene alla salute, in quanto contribuisce a rafforzare sia il corpo che la mente e a migliorare il benessere personale, non soltanto in termini di stress o depressione. Stare bene è una condizione soggettiva e ci sono una serie di sentimenti positivi che, una volta evocati, possono favorire una psicologia positiva (Hefferon & Mutrie, 2012). La psicologia positiva favorisce la capacità di recupero e il

superamento delle situazioni negative aumentando le emozioni positive. Poiché la maggior parte degli studi evidenzia un aumento dell' "effetto benessere" dopo l'attività fisica, si può concludere che l'attività fisica è di per sé un intervento psicologico positivo (Hefferon & Mutrie, 2012), che migliora l'accettazione di sé, l'autonomia, le relazioni personali e l'individuazione dei propri obiettivi di vita (Hefferon & Mutrie, 2012).

Un approccio all'attività fisica che avvicina il corpo e la mente viene praticato attualmente in Australia, attraverso un "laboratorio clinico" che prescrive intervalli di attività fisica 'ad alta intensità' come 'farmaco' per gestire diversi problemi di salute (Clarke, 2017). Lavorando insieme ai medici e ai terapeuti, i pazienti riescono ad assumere il controllo della propria salute fisica e mentale, a riprova dell'efficacia del trattamento combinato (Clarke, 2017).

CONCLUSIONI

È stato dimostrato che l'attività fisica riduce alcuni fattori di rischio come l'obesità, il diabete e l'ipertensione, che apporta benefici a pazienti affetti da alcune tipologie di cancro e che combatte la depressione, l'ansia e gli effetti negativi di alcuni disturbi mentali. Sebbene il meccanismo non sia ancora chiaro, i benefici dell'attività fisica e dell'esercizio sono indubbiamente significativi, in quanto collegano il corpo e la mente nel raggiungimento del benessere.

Quando si definisce un programma di intervento sanitario, è fondamentale prendere in considerazione le opinioni e le percezioni dei pazienti. In uno studio condotto da Daley (2002) sul valore dell'attività fisica in una popolazione con problemi di salute mentale, oltre il 50% dei pazienti ha valutato l'attività fisica, il trattamento che li ha aiutati di più.

Tuttavia, un programma di attività fisica deve considerare le esigenze e le caratteristiche dei singoli destinatari, specialmente quando si tratta di popolazioni cliniche che nella maggior parte dei casi conducono uno stile di vita sedentario. L'attività fisica dovrebbe essere supportata da un servizio di counseling e da terapie mediche, così che i pazienti riescano a svolgerlo regolarmente per beneficiare dei risultati (Daley, 2002).

Considerati i costi associati alla salute mentale e i benefici che l'attività fisica apporta sia a livello fisiologico che psicologico, il suo utilizzo dovrebbe diventare parte di ogni trattamento terapeutico che riconosca l'importanza della mente e del corpo (Daley, 2002).

Riferimenti Bibliografici

- Asztalos, M., Wijndaele, K., De Bourdeaudhuij, I., Philippaerts, R., Matton, L., Duvigneaud, N., & Cardon, G. (2009). Specific associations between types of physical activity and components of mental health. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 12(4), 468-474. 10.1016/j.jsams.2008.06.009 [doi]
- Atkinson, G., & Davenne, D. (2007). Relationships between sleep, physical activity and human health. *Physiology & behavior*, 90(2-3), 229-235.
- Bauman, A. E. (2004). Updating the evidence that physical activity is good for health: An epidemiological review 2000–2003. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 7(1), 6-19.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126.
- Callaghan, P. (2004). Exercise: A neglected intervention in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4), 476-483.
- Camacho, T. C., Roberts, R. E., Lazarus, N. B., Kaplan, G. A., & Cohen, R. D. (1991). Physical activity and depression: Evidence from the alameda county study. *American Journal of Epidemiology*, 134(2), 220-231.
- Chu, I. H., Buckworth, J., Kirby, T. E., & Emery, C. F. (2009). Effect of exercise intensity on depressive symptoms in women. *Mental Health and Physical Activity*, 2(1), 37-43.
- Clarke, D. (2017, October 17). Research studies show high-intensity interval training has an almost instantaneous positive effect on overall health. Perth Now. Disponibile al seguente link: <https://www.perthnow.com.au/>
- Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), 38-43
- Daley, A. J. (2002). Exercise therapy and mental health in clinical populations: Is exercise therapy a worthwhile intervention? *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(4), 262-270.
- Elavsky, S., & McAuley, E. (2007). Physical activity and mental health outcomes during menopause: A randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(2), 132-142.
- Foley, L. S., Prapavessis, H., Osuch, E. A., De Pace, J. A., Murphy, B. A., & Podolinsky, N. J. (2008). An examination of potential mechanisms for exercise as a treatment for depression: A pilot study. *Mental Health and Physical Activity*, 1(2), 69-73.
- Fox, K. R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, 2(3a), 411-418.
- Galper, D. I., Trivedi, M. H., Barlow, C. E., Dunn, A. L., & Kampert, J. B. (2006). Inverse association between physical inactivity and mental health in men and women. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 38(1), 173-178. 00005768-200601000-00027 [pii]
- Hassmen, P., Koivula, N., & Uutela, A. (2000). Physical exercise and psychological well-being: A population study in Finland. *Preventive Medicine*, 30(1), 17-25.
- Heffernan, K., & Mutrie, N. (2012). Physical activity as a "stellar" positive psychology intervention. *Oxford handbook of Exercise Psychology*, 117-128.
- Hodgson, M. H., McCulloch, H. P., & Fox, K. R. (2011). The experiences of people with severe and enduring mental illness engaged in a physical activity programme

- integrated into the mental health service. *Mental Health and Physical Activity*, 4(1), 23-29.
- Morgan, W. P. (1997). *Physical activity and mental health* (pp. 93-106). Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis.
- 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(3), 324-331.
- Stathopoulou, G., Powers, M. B., Berry, A. C., Smits, J. A., & Otto, M. W. (2006). Exercise interventions for mental health: A quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13(2), 179-193.
- Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission*, 116(6), 777-784.
- Taylor, C. B., Sallis, J. F., & Needle, R. (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Reports*, 100(2), 195-202
- Vancampfort, D., De Hert, M., Skjerven, L. H., Gyllensten, A. L., Parker, A., Mulders, N., Probst, M. (2012). International organization of physical therapy in mental health consensus on physical activity within multidisciplinary rehabilitation programmes for minimizing cardio-metabolic risk in patients with schizophrenia. *Disability and Rehabilitation*, 34(1), 1-12.
- White, K., Kendrick, T., & Yardley, L. (2009). Change in self-esteem, self-efficacy and the mood dimensions of depression as potential mediators of the physical activity and depression relationship: Exploring the temporal relation of change. *Mental Health and Physical Activity*, 2(1), 44-52.
- Wright, K. A., Everson-Hock, E. S., & Taylor, A. H. (2009). The effects of physical activity on physical and mental health among individuals with bipolar disorder: A systematic review. *Mental Health and Physical Activity*, 2(2), 86-94.

04 Il ruolo Preventivo dell'Attività Fisica per la Salute Mentale

AUTORI:

Francesca Cesaroni, Project Manager

Mara Morici, Reseracher

Giampaolo Gherardi, Social Worker



INTRODUZIONE

Vi è un crescente numero di evidenze scientifiche sull'associazione positiva tra attività fisica e salute mentale, sviluppo mentale e processi cognitivi. Numerose ricerche longitudinali e trasversali convergono sull'utilità dell'attività fisica come strategia preventiva e trattamento aggiuntivo per le malattie mentali. In particolare, è stato riscontrato che l'attività fisica influisce su un ampio spettro di fattori legati alla salute mentale: dall'emozione, all'umore, alla qualità della vita, all'autostima, all'attività sociale e al funzionamento cognitivo.

Basandosi sull'analisi dell'auto-percezione alla resilienza e dei livelli di ansia (che possono essere fattori di rischio per lo sviluppo di gravi patologie mentali), è stato evidenziato che gli individui possono trarre benefici psicologici, oltre che fisiologici, dall'attività fisica. Prove sostanziali suggeriscono anche che l'attività fisica possa ridurre i sintomi di depressione, ansia, angoscia, migliorando il benessere generale degli individui.

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

Lo scopo del presente documento di approfondimento è (a) esplorare l'associazione tra attività fisica e salute mentale e (b) dimostrare l'utilità dell'attività fisica come strategia preventiva contro diversi sintomi di disturbi mentali.

Nello specifico, il documento fornisce:

- 1.** una **revisione della letteratura scientifica**, delle evidenze e delle buone pratiche che dimostrano il potenziale preventivo dell'attività fisica contro i disturbi mentali e gli

effetti positivi che può generare sulla salute pubblica e sull'invecchiamento attivo. Il documento propone anche un'indagine *bottom-up*, attraverso la quale, sono state raccolte le esperienze di attori rilevanti nei settori dell'attività fisica, dello sport e della salute mentale .

2. una descrizione delle **politiche nazionali e direttive europee** che promuovono l'attività fisica, quale strumento per il miglioramento della salute pubblica.
3. Una serie di **raccomandazioni** e suggerimenti per i responsabili politici al fine di promuovere e sostenere iniziative efficaci a livello europeo, nazionale e locale e sensibilizzare, nel contempo, sui rischi legati all'inattività fisica.

OBIETTIVI

Partendo dall'associazione fra salute mentale e benefici derivanti dalla partecipazione ad attività fisiche, il presente documento di approfondimento intende:

- Dimostrare il valore preventivo dell'attività fisica, attraverso una revisione delle evidenze scientifiche esistenti;
- Presentare le politiche nazionali ed europee pertinenti, con particolare riferimento alla promozione trasversale dei settori dello sport e dell'attività fisica a beneficio della salute ("health-enhancing physical activity" - HEPA), promossa dal Consiglio dell'Unione Europea;
- Presentare la rete MENS in un contesto di ricerca scientifica, che costituirà un valido contributo alle politiche regionali, nazionali ed europee in materia di sport e salute;
- Fornire raccomandazioni e suggerimenti ai responsabili politici, per la promozione ed il sostegno di iniziative efficaci a livello europeo, nazionale e locale.

APPROCCIO METODOLOGICO

Esistono indagini di ampia portata sulle evidenze dell'efficacia dell'attività fisica nella prevenzione dei sintomi depressivi e dei disturbi mentali. Le prove proposte nel presente documento di approfondimento, derivano principalmente da ricerche correlate e longitudinali, revisioni sistematiche e meta-analisi.

Uno studio di correlazione intende capire se due o più variabili sono collegate. Diversi studi epidemiologici hanno trovato correlazioni trasversali significative tra salute mentale e livelli di attività fisica: un'attività fisica regolare è associata con a) una diminuzione della

prevalenza di stati di depressione, stati di panico e fobia sociale e b) bassi tassi di ansia o disturbi da uso di sostanze. Più specificamente, McAuley (1994) ha identificato un'associazione positiva tra esercizio fisico e benessere psicologico, Bucksch e Schlicht (2006) una correlazione tra attività fisica e umore, mentre Cooney (2013) ha rivelato che l'attività fisica diminuisce i tassi di incidenza dei disturbi depressivi e d'ansia nelle persone anziane. Uno studio longitudinale è un metodo di ricerca che effettua ripetute osservazioni dello stesso oggetto in un lungo periodo di tempo. Nel loro studio, Mammen e Faulkner (2013) hanno fornito preziose informazioni sul ruolo preventivo dell'attività fisica per la depressione.

Le evidenze scientifiche si sono basate anche su revisioni sistematiche e meta-analisi, in cui sono stati ricercati articoli attraverso una combinazione di parole chiave come "attività fisica", "salute mentale", "depressione", "ansia", "auto- stima "e" benessere mentale ".

REVISIONE BIBLIOGRAFICA

Per le definizioni di base di "attività fisica", "esercizio fisico" e "sport", si prega di fare riferimento al documento di approfondimento "Sviluppo di modelli per gli eventi sportivi (2018)" redatto dall'Università di Atene, nell'ambito del progetto MENS.

Associazione tra attività fisica , depressione, ansia e stress: evidenze scientifiche

Diverse ricerche, ad oggi, confermano l'esistenza di una forte correlazione tra attività fisica e una serie di dimensioni della salute mentale. La **depressione**, ad esempio, è una malattia mentale diffusa: si prevede che entro il 2020 sarà la principale causa di disabilità a livello globale. Tale malattia ha un enorme impatto sulla qualità della vita, è associata ad un aumento del rischio di patologie secondarie (come le malattie cardiovascolari) e i suoi effetti avversi si estendono oltre la sfera individuale, principalmente in termini di carico assistenziale e costi sanitari per la comunità. Tuttavia, l'esatta relazione dose-risposta tra attività fisica e depressione non è chiara. Faulkner (2016) ha affermato che, tenendo conto dei possibili limiti metodologici, dei fattori di confusione e pregiudizi, gli studi continuano a dimostrare l'esistenza di una relazione tra attività fisica e ridotto rischio di **depressione**, in questo senso, la promozione dell'attività fisica può fungere da valida strategia di promozione della salute mentale al fine di ridurre il rischio di sviluppare patologie depressive.

Strawbridge e altri (2002) hanno confrontato gli effetti di alti livelli di attività fisica sulla **depressione** prevalente e incidente. I ricercatori hanno scoperto che un maggior livello di attività fisica è protettivo sia per la **depressione** prevalente che incidente su un periodo di 5 anni, seppur con aggiustamenti per età, sesso, etnia, patologie croniche, disabilità, indice di massa corporea, consumo di alcool, fumo e relazioni sociali.

Salmon (2001) ha dichiarato che le affermazioni sui benefici psicologici dell'esercizio hanno avuto la tendenza a precedere i dati. I risultati degli studi trasversali e longitudinali sono più coerenti e indicano che l'allenamento aerobico ha effetti **antidepressivi** e ansiolitici e protegge dalle conseguenze dannose dello **stress**. Gli effetti emotivi dell'esercizio tuttavia rimangono controversi, poiché sono stati riportati effetti sia positivi sia negativi.

Hyland e Swan (2012) hanno presentato una revisione completa della letteratura empirica riguardante gli effetti benefici degli interventi basati sull'esercizio fisico per alleviare **ansia** e disturbi dell'umore. Le prove ottenute da tali studi, unitamente ai dati raccolti da studi trasversali controllati, hanno fornito supporto all'affermazione che la partecipazione regolare ad attività fisiche può prevenire l'insorgenza di sintomi depressivi e ansiosi e portare a una salute mentale sostanzialmente migliore. Inoltre, nel caso della **depressione**, questi miglioramenti sono almeno uguali a quelli osservati nei trattamenti farmacologici. Vi sono, inoltre, prove sperimentali che gli interventi basati sull'esercizio fisico possono produrre miglioramenti clinici sia nell'ansia che nei sintomi depressivi uguali a quelli osservati nella Psicoterapia Cognitivo Comportamentale (Cognitive-Behaviour Therapy, CBT)

Hyland e Swan (2012) hanno affermato che i trattamenti basati sull'attività fisica offrono un'alternativa altamente efficace ai metodi di trattamento convenzionali per i disturbi d'**ansia** e depressivi. Il trattamento è completamente accessibile per tutti gli individui, con costi associati limitati (qualora presenti) e nessun effetto collaterale conosciuto.

Zschucke, Gaudlitz e Strohle (2013) hanno scoperto che gli esercizi aerobici e anaerobici a) hanno un'efficacia simile alla terapia cognitiva - comportamentale nel trattamento dei disturbi d'ansia e b) sono più efficaci della maggior parte delle altre attività di riduzione dell'ansia.

Scully, Kremer, Meade, Graham e Dudgeon (1998) hanno affermato che i programmi di esercizio fisico hanno un'influenza positiva sulla **depressione**, con effetti più rilevanti osservati tra i soggetti clinici. Inoltre, i risultati delle loro ricerche suggeriscono che a)

l'esercizio aerobico è più efficace, comprese le attività, quali camminare, fare jogging, andare in bici ed allenamento con circuiti leggeri e con i pesi, e b) i programmi che si estendono per diversi mesi sembrano produrre effetti maggiori. Riguardo all'ansia, Scully ed altri (1998) affermano che la letteratura sostiene inequivocabilmente gli effetti positivi dell'esercizio fisico, e che sembrano essere sufficienti, a tale scopo, livelli moderati di esercizio fisico. Inoltre, non sembra essere cruciale la natura dell'esercizio. Gli effetti più positivi si registrano tra coloro che aderiscono ai programmi per diversi mesi. Per quanto riguarda la **reattività allo stress**, il ruolo che l'esercizio fisico può svolgere è preventivo piuttosto che correttivo, e la risposta allo stress rimane solo parzialmente compresa. Con tali premesse, sembrerebbe che i programmi di esercizi aerobici (esercizio continuo di intensità sufficiente per aumentare significativamente la frequenza cardiaca al di sopra di quella a riposo, per oltre 21 minuti) possa migliorare la reattività dello stress e, in particolare, lo stress correlato a stile di vita o lavoro.

Associazione tra attività fisica, emozioni, umore e autostima: evidenze scientifiche

Differenti meta-analisi mostrano gli effetti positivi dell'attività fisica e dello sport sulla salute mentale e confermano che le attività di intensità da bassa a moderata influenzano sostanzialmente il benessere psicologico. Kanning e Schlicht (2010) dichiarano che i soggetti appartenenti al campione che svolge attività fisica hanno livelli di emozioni positive più elevati rispetto al gruppo di controllo degli inattivi. Un risultato interessante è stato che l'effetto dell'attività fisica è minore laddove il livello dell'umore è più alto. Questo potrebbe suggerire un "effetto tetto": più alti sono i livelli dell'umore, meno l'attività fisica riesce ad influenzarlo. Da ciò si può anche dedurre che l'attività fisica possa essere uno strumento utile per la "riparazione" dell'umore, che è un argomento di interesse critico per gli operatori della sanità pubblica, il cui obiettivo primario è la promozione del benessere e della qualità della vita della popolazione.

Diversi studi hanno dimostrato che l'attività fisica può effettivamente avere un'influenza positiva sull'**umore**. Complessivamente, questi risultati indicano che varie forme di esercizio, sia aerobico che anaerobico, possono essere associate a un miglioramento dello stato dell'umore, anche se data la diversità dei risultati è probabile che più di un meccanismo sottostante possa essere implicato. Scully, Kremer, Meade, Graham e Dudgeon (1998) hanno affermato il legame positivo tra esercizio fisico e autostima, che

sembra essere più rilevante tra i soggetti la cui autostima è bassa. Quindi, miglioramento dell'autostima attraverso la partecipazione ad attività fisiche, indipendentemente dal tipo di esercizio.

L'attività fisica e l'esercizio fisico sono stati costantemente associati ad **umore** ed emozioni positive. Un'associazione diretta tra attività fisica e benessere psicologico è stata confermata in diverse indagini epidemiologiche su larga scala, attraverso varie misurazioni delle attività fisiche e relativo benessere. Bingham (2009) afferma che livelli più elevati di attività fisica sono associati a una maggiore qualità della vita tra le persone con disturbi mentali diagnosticati. I ricercatori osservano una serie di miglioramenti e, con le dovute cautele, concludono che "l'attività fisica può essere benefica per le persone che soffrono di disturbi mentali". Diversi tipi di esercizio fisico sono efficaci nel processo di cambiamento della percezione di sé, ma la maggior parte dei gruppi di ricerca individuano, a questo scopo, l'esercizio aerobico e l'allenamento di resistenza, mostrando, quest'ultimo, una maggiore efficacia a breve termine. Inoltre, è stato rilevato che il fitness è uno strumento utile per ridurre la depressione e l'ansia, aumentare la bassa **autostima** e promuovere uno stato psicologico generalmente più sano nei giovani criminali.

Edmunds (2015) afferma che i potenziali benefici dell'attività fisica in termini di benessere emotivo, cognitivo e sociale sono oggetto di scarsa attenzione. L'autostima, per esempio, è fondamentale per il benessere psicologico. È considerato un indicatore chiave della stabilità emotiva e dell'adattamento alle circostanze della vita. L'alta **autostima** è associata a una serie di caratteristiche positive come l'indipendenza, la leadership, l'adattabilità e la resilienza allo stress e a comportamenti e stili di vita salutari. D'altra parte, la bassa autostima è associata a malattie mentali come depressione e ansia. La bassa autostima è alla base della depressione, mentre un'elevata autostima provoca stati d'umore positivi e livelli più alti di soddisfazione nelle relazioni sociali. Tuttavia, non tutti gli interventi di attività fisica sono efficaci e alcuni possono persino essere dannosi all'autostima. Pertanto è importante considerare i meccanismi sottostanti, attraverso i quali l'attività fisica migliora l'autostima. Edmunds (2015) ha fornito diversi suggerimenti che possono essere utilizzati dai professionisti durante la progettazione e l'attuazione di programmi di attività fisica. Sulla base di teorie motivazionali, la ricerca ha dimostrato che avere scelta e controllo sull'attività fisica che si sta praticando (che tipo di attività, con che frequenza e con quale intensità) porta ad una maggiore persistenza, ad un aumento del divertimento e ad un impatto maggiore sul benessere. Inoltre, gli utenti beneficiano nel

ricevere un feedback rispetto ai loro progressi. Gli obiettivi del programma di attività fisica dovrebbero essere impostati in modo tale da essere raggiungibili e generare sensazioni di successo. Inoltre, dove l'attività fisica è intrapresa come parte di un gruppo o mette in contatto con altre persone, diventa anche un'opportunità di aumentare le reti sociali e fare amicizia, che rappresentano fattori protettivi per il benessere e la salute mentale.

Zschucke ed altri (2013) hanno raccolto prove cliniche e sperimentali sui benefici dell'attività fisica nella prevenzione e nel trattamento dei **disturbi affettivi**. Un numero elevato di ricerche cliniche rilevano che l'esercizio fisico induce una diminuzione dei disturbi dell'umore e del sonno. Nel complesso, è stato riscontrato un effetto clinico moderato quando l'esercizio è stato confrontato con una situazione di non trattamento o trattamento di controllo. Comparando gli interventi basati sull'esercizio fisico alla terapia cognitiva o anti-depressiva, non sono state rilevate grandi differenze nella riduzione dei sintomi depressivi a fine trattamento; ciò indica che l'esercizio fisico è efficace tanto quanto i trattamenti standard.

Pochi studi hanno specificamente esaminato gli effetti collegati al **camminare** ed i loro risultati sono contrastanti ed evidenziano alcune incoerenze, principalmente a causa di scelte metodologiche differenti: esaminano, ad esempio, solo i cambiamenti nell'ansia ed escludono altri stati affettivi, che potrebbero, invece, essere influenzati dal camminare. Ekkekakis e altri (2000) hanno esaminato l'effetto di brevi camminate sui cambiamenti nell'umore. Camminare è definita come un'attività facile da realizzare, sicura ed economica e rappresenta la modalità più diffusa di esercizio fisico fra gli adulti. I risultati dimostrano che brevi camminate sono associate a cambiamenti significativi e spesso sostanziali verso sensazioni ed **umore** migliori. Lo studio è limitato a campioni di individui giovani, sani e per lo più fisicamente attivi. Rimane sconosciuto se i risultati possano essere generalizzati ad altri target, come anziani o pazienti ed utenti clinicamente vulnerabili.

L'effetto dell'attività fisica nelle funzioni cognitive: evidenze scientifiche

L'attività fisica è stata identificata come fattore protettivo negli studi che hanno esaminato i rischi per la demenza. La Mental Health Foundation, in una guida orientata a divulgare l'impatto positivo dell'attività fisica sulla salute mentale, afferma che l'attività fisica può aiutare a ritardare il declino cognitivo. Gli studi dimostrano che vi è circa un 20% al 30% di rischio inferiore di depressione e demenza per gli adulti che praticano un'attività fisica quotidiana. L'esercizio fisico sembra anche ridurre la probabilità di declino cognitivo nelle persone che non soffrono di demenza.

Numerosi studi trasversali mostrano che gli anziani che sono in forma presentano migliori prestazioni cognitive rispetto a quelli che sono meno allenati. Bingham (2009) afferma che l'associazione tra allenamento e prestazioni cognitive è correlata alla tipologia di esercizio, dove le attività che richiedono rapidità ed attenzione, come ad esempio attività di reazione, producono effetti più rilevanti. I risultati degli studi interventistici sono contrastanti, laddove le ricerche di meta analisi hanno indicato un miglioramento lieve, ma statisticamente significativo, nel funzionamento cognitivo tra gli adulti anziani che aumentano la loro attività aerobica (Bingham, 2009).

Diversi studi prospettici hanno confermato che un alto livello di attività fisica sembra ritardare l'insorgenza della demenza: Zschucke, Gaudlitz e Strohle (2013) affermano che l'attività fisica migliora la forza e la resistenza in pazienti con disabilità cognitive, deducendo che l'esercizio fisico è generalmente fattibile per questa popolazione campione. Una recente revisione ha concluso che gli interventi collegati all'attività fisica sono utili per rallentare il declino cognitivo e che gli effetti migliori si possono riscontrare attraverso un esercizio fisico di intensità moderata (ad esempio, camminare a ritmo sostenuto) per almeno 30 minuti al giorno per cinque giorni alla settimana (Denkinger et al, 2012). Infine, Van Uffelen (2007) ha condotto uno studio che mette in evidenza miglioramenti parziali nella memoria e nell'attenzione in soggetti con aderenza all'esercizio fisico.

ANALISI DEL CONTESTO POLITICO: NORMATIVE NAZIONALI E DIRETTIVE EUROPEE CHE PROMUOVONO L'ATTIVITA' FISICA COME STRUMENTO PER MIGLIORARE LA SALUTE PUBBLICA

Un'analisi del contesto normativo è stata condotta per identificare politiche, direttive e regolamenti che promuovono lo sport e l'attività fisica come strategie preventive contro i disturbi mentali.

A livello europeo, il documento di base è l'invito ad agire per migliorare la salute pubblica attraverso lo sport e la promozione dell'attività fisica, lanciato dal Consiglio dell'Unione Europea (Gazzetta ufficiale dell'Unione europea, 2010). Attraverso questo documento, l'Unione Europea ha presentato la sua visione dello sport come mezzo per migliorare lo sviluppo personale, il senso di identità e appartenenza, il benessere fisico e mentale, l'inclusione sociale ed interculturale. I benefici dell'attività fisica e dell'esercizio durante il corso della vita sono di primaria importanza e includono una riduzione del rischio di malattie croniche, nonché effetti positivi sulla salute mentale e sui processi cognitivi.

Lo sport ha un ruolo vitale, non solo nella salute fisica e mentale di ciascun individuo, ma nella formazione della stessa società europea nel suo complesso: sostenere un dialogo aperto tra i responsabili delle politiche e i professionisti del settore dello sport è fondamentale per promuovere uno stile di vita sano e la coesione sociale per i giovani di tutta Europa.

A livello italiano, il Ministero dello Sport ha istituito, a giugno 2016, l'Ufficio Nazionale dello sport, le cui funzioni includono anche il sostegno alla formazione di atti legislativi nel settore dello sport.

Successivamente, nel 2017, il Sottosegretario di Stato e il Ministro dello sport hanno siglato un accordo per promuovere l'inclusione sociale attraverso la pratica sportiva. Attraverso tale atto, si intendono finanziare progetti che migliorino l'integrazione delle persone disabili, delle minoranze etniche, degli immigrati e dei gruppi socialmente vulnerabili, attraverso iniziative sportive ed il coinvolgimento del Terzo Settore e della società civile (associazioni sportive dilettantistiche, organizzazioni di volontariato e cooperative sociali).

A livello regionale, la Regione Marche riconosce nella Legge Regionale n. 5 del 2012 il principale strumento normativo per promuovere attività sportive e ricreative. L'obiettivo principale è promuovere il concetto di "sport per tutti".

Il Piano regionale per la prevenzione della salute (2014/2018) promuove lo sport e l'attività fisica come parte integrante della vita quotidiana, riconoscendo i benefici che producono in termini di salute, benessere e prevenzione delle malattie. La strategia sostenuta dal Consiglio regionale è quella di incrementare il livello di pratica sportiva lungo tutto l'arco della vita, per i numerosi benefici psico-fisici che può apportare ai bambini, agli adulti e agli anziani.

Il Piano regionale per la promozione sportiva (2016/2020) stabilisce le linee guida per la promozione dello sport. Lo scopo principale è quello di garantire la pratica sportiva, quale strumento ricreativo e di allenamento, atto a promuovere uno stile di vita sano e potenziare la partecipazione alla vita sociale.

RACCOMANDAZIONI

Attività fisica e salute mentale: sono necessarie ulteriori ricerche

Numerose prove empiriche hanno dimostrato gli effetti benefici dell'attività fisica e dell'esercizio fisico per alleviare i sintomi depressivi e ansiosi. È importante che ricercatori, medici e professionisti del settore sportivo lavorino insieme per sviluppare solide linee guida relative ai benefici psicologici dell'esercizio, prendendo in debita considerazione le variabili psicosociali come, ad esempio, sesso, età e precedenti problemi di salute mentale. Stranamente, ad oggi, l'efficacia dell'attività fisica nella riduzione dei sintomi dei disturbi mentali non può essere del tutto determinata a causa della mancanza di ricerche approfondite su utenti clinici, con un follow-up adeguato: sebbene un discreto numero di studi abbia prodotto risultati positivi sull'efficacia dell'esercizio come trattamento accessorio, la correlazione non è stata provata per la maggior parte dei disturbi psichiatrici. La descrizione precisa delle condizioni, interventi standardizzati, strategie di valutazione validate, randomizzazione adeguata, condizioni di controllo: questi sono tutti elementi essenziali per ottenere risultati significativi e per consentire il calcolo effettivo della dimensione dell'effetto nelle future ricerche.

Diversi studi confermano che l'umore o il benessere soggettivo sono influenzati dalla personalità o dalle differenze di genere: le ricerche future dovrebbero analizzare, ad esempio, se l'attività fisica influisce sull'umore delle donne nella stessa modalità degli uomini o se il livello di attività fisica complessiva influisce sull'associazione tra umore ed esercizio.

Sono necessarie, infine, ulteriori ricerche con campioni di popolazione rappresentativi e misure più precise del livello di attività fisica necessario per rispondere definitivamente alla domanda su quanto sia rilevante l'effetto protettivo dell'attività fisica sui rischi e sui sintomi dei disturbi mentali.

Attività fisica e salute mentale: il ruolo degli operatori sanitari e dei professionisti sportivi

Faulkner (2016) afferma che i professionisti del settore sanitario hanno un ruolo importante per stabilire una collaborazione inter-professionale al fine di utilizzare sistematicamente l'esercizio fisico e l'attività fisica per la prevenzione e il trattamento dei disagi mentali.

L'integrazione di programmi di attività fisica e sportivi nei servizi psichiatrici potrebbe offrire l'opportunità alle persone affette da malattie mentali di avere maggiori contatti con i loro operatori.

E' stato dimostrato che l'allenamento sportivo influenza l'autostima degli atleti. Zschucke et al (2013) affermano che istruzioni positive, come l'apprezzamento di fronte ad una buona prestazione o un comando tecnico che non implica un giudizio o un incoraggiamento di fronte ad un errore, portano ad un aumento dell'autostima. Incoraggiare gli individui a migliorare le proprie capacità e prestazioni, piuttosto che concentrarsi sul confronto con gli altri: tutto ciò è associato ad un incremento delle competenze ed ad un aumento dell'autostima. La competizione ed il confronto con gli altri possono diventare aspetti particolarmente problematici per coloro che hanno bassi livelli di abilità e scarsa autostima.

Inoltre, si dovrebbe prestare attenzione al ruolo potenziale che i programmi di allenamento basati sulle nuove tecnologie di comunicazione possono rivestire: studi recenti indicano che gli effetti dell'allenamento e i miglioramenti dell'umore possono essere ottenuti anche utilizzando supporti tecnologici, quali Internet.

Attività fisica e Salute Mentale: una ricerca sul campo

Per rafforzare i risultati emersi dalla revisione bibliografica, è stata condotta un'iniziativa di ricerca sul campo, coinvolgendo associazioni, enti locali ed organizzazioni attive nei settori

dello sport e della salute mentale. Lo scopo di questa indagine "bottom-up" è valutare se l'attività fisica sia percepita come trattamento terapeutico per la salute mentale e se le pratiche sportive siano comunemente usate con gli utenti.

È emerso che l'attività fisica, l'esercizio fisico e lo sport sono altamente praticati, con risultati positivi, quali elevata partecipazione, maggiore senso di appartenenza, migliori relazioni umane, condivisione di esperienze e sentimenti positivi. È stato riferito che i pazienti che hanno costantemente partecipato ad attività sportive negli ultimi cinque anni, hanno diminuito l'uso di farmaci e trattamenti ospedalieri. Inoltre, si è notato un miglioramento nel rapporto tra pazienti ed operatori: quando questi ultimi prendono parte alle attività sportive, le relazioni diventano più forti, con un impatto terapeutico rilevante. Questi risultati confermano i risultati emersi dalla revisione bibliografica e mettono in evidenza alcune aspetti che richiedono strategie innovative e interventi da parte delle politiche di settore.

Suggerimenti ai decisori politici

- Le politiche dovrebbero promuovere lo sviluppo di eventi sportivi, fornendo, a tale scopo, le necessarie infrastrutture e strutture. C'è la necessità di convogliare risorse per promuovere una pratica quotidiana dello sport e dell'attività fisica in contesti informali, come parchi e luoghi pubblici, fornendo alle persone possibilità di incontro e interazione ed un obiettivo comune da condividere.
- Dovrebbero essere rese disponibili sia le risorse umane che le strutture per coinvolgere la popolazione in programmi di esercizio fisico, compresa la consulenza di professionisti qualificati. Dovrebbe essere fornita la supervisione professionale e una formazione specifica per affrontare al meglio le barriere che le persone con disagi mentali devono affrontare.
- All'interno dei contesti sanitari, le relazioni umane dovrebbero essere promosse e incoraggiate: l' "umanizzazione" dei servizi di salute mentale è un aspetto chiave, che richiede una formazione professionale specifica per gli operatori.

CONCLUSIONI

Come parte del loro lavoro per promuovere una migliore salute mentale, la Mental Health Foundation (<https://www.mentalhealth.org.uk/>) ha prodotto una guida per mostrare

l'impatto positivo che l'attività fisica può avere sul benessere mentale, compresi alcuni suggerimenti e raccomandazioni utili per iniziare un percorso.

Secondo le loro linee guida, l'attività fisica ha un enorme potenziale per migliorare il benessere. Anche una breve camminata di 10 minuti può aumentare la prontezza mentale, l'energia percepita e migliorare l'umore. La partecipazione ad un'attività fisica regolare può aumentare l'autostima e ridurre lo stress e l'ansia. Svolge anche un ruolo nel prevenire lo sviluppo di problemi di salute mentale e nel migliorare la qualità della vita delle persone che vivono disagi mentali.

Considerando la ricchezza dei risultati della ricerca di cui sopra, vale la pena menzionare che l'interesse per questo campo interdisciplinare è così grande che recentemente è stato creato una rivista internazionale, il *Journal of Mental Health and Physical Activity* (MENPA) dedicata esclusivamente a questo campo di ricerca. Nel loro primo articolo, i co-editori affermano che al di là delle evidenze scientifiche che convergono sull'efficacia dell'attività fisica nella prevenzione e nel trattamento della malattia mentale, ci sono quattro ulteriori motivi per cui l'attività fisica dovrebbe essere considerata una potenziale strategia di promozione della salute mentale:

1. L'attività fisica è un trattamento più economico rispetto agli interventi psicofarmacologici o psicoterapeutici. Se appropriata, l'attività fisica può essere un'alternativa per coloro che preferiscono non usare farmaci o che non possono accedere alla terapia.
2. Contrariamente agli interventi farmacologici, l'attività fisica è associata a effetti collaterali negativi minimi.
3. L'attività fisica può essere sostenuta costantemente dagli individui, a differenza dei trattamenti farmacologici e psicoterapeutici, che spesso hanno una conclusione.
4. L'attività fisica si distingue dalle terapie tradizionali poiché ha il potenziale di migliorare simultaneamente la salute fisica ed il benessere psichico.

Riferimenti bibliografici

- Bingham P.B. (2009). *Minding Our Bodies*: Canadian Mental Health Association, Ontario. Disponibile dal 2013, http://www.mindingourbodies.ca/sites/default/files/mob_literature_review_0.pdf
- Bucksch, J., & Schlicht, W. (2006) Health-enhancing physical activity and the prevention of chronic diseases – An epidemiological review. *Social-and preventive medicine*, 51, 281-301.
- Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, et al (2013). Exercise for depression (Review). *Cochrane Databs Sys Revs* [Internet] Disponibile da Settembre 2013: onlinelibrary.wiley.com/doi/
- Denkinger MD, Nikolaus T, Denkinger C, Lukas A. (2012). Physical activity for the prevention of cognitive decline: current evidence from observational and controlled studies. *Z Gerontol Geriatr*. 45(1),11–16. [PubMed]
- Edmunds, S. (2015). Building self-esteem and wellbeing through physical activity. Retrieved on 2015, from: https://www.novacroft.com/wp-content/uploads/2015/06/Novacroft_Thought_Paper_SELF_ESTEEM.pdf
- Ekkekakis, P., Hall, E., VanLanduyt, L.M., & Steven, J. (2000). Walking in (Affective) circles: Can short walks enhance affect? *Journal of Behavioral Medicine* 23(3), 245–275.
- European Commission (2013). Council Recommendation on promoting health-enhancing physical activity across sector. SWD(2013) 310 final.
- Faulkner, G. (2016, March). Sweat is the best antidepressant: but where do we go from here?. Alberta Center for Active Living, 27 (3).
- Faulkner, G., Hefferon, K., & Mutrie, N. (2015). *Putting positive psychology into motion through physical activity*. In Joseph S (Ed.), *Putting psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life* (pp.207-21). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Goodwin, R.D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive Medecine*,36(6), 698 - 703.
- Hyland P., & Swan J. (2012). A review of the beneficial mental health effects of exercise and recommendations for future research. *Psychology and Society*, 5, 1-5.
- Kanning, M., & Schlicht, W. (2010, April). Be active and become happy: An ecological momentary assessment of physical activity and mood. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 32(2), 253-261.
- Mammen, G., & Faulkner, G. (2013, November). Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 45, 649-57.
- McAuley, E. (1994). *Physical activity and psychological outcomes*. In: Bouchard C, Shephard RJ, Stephens T, C. Eds., *Physical activity, Fitness and Health*, Human Kinetics, Champaign, 551-68.
- Mental Health Foundation. How to ... look after your mental health using exercise. Disponibile al seguente link: <https://www.mentalhealth.org.uk/publications/how-to-using-exercise>
- Official Journal of the European Union (2010). Council conclusions on the role of sport as a source of and a driver for active social inclusion, 2010/C 326/04, Volume 53.
- Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 21(1), 33-61.

- Scully, D., Kremer, J., Meade, M.M., Graham R., & Dudgeon K. (1998). Physical exercise and psychological well being: a critical review. *British Journal of Sports Medicine*, 32 (2), 111-120.
- Strawbridge, W.J., Deleger, S., Roberts, R.E., & Kaplan, G.A. (2002, August). Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *American Journal of Epidemiology*, 156 (4), 328–334.
- Van Uffelen JG, Chin A Paw MJ, Hopman-Rock M, van Mechelen W.(2007). The effect of walking and vitamin B supplementation on quality of life in community-dwelling adults with mild cognitive impairment: a randomized, controlled trial. *Qual Life Res.*16(7),1137–1146. [PMC free article] [PubMed]
- Zschucke, E., Gaudlitz, K., & Ströhle, A. (2013, January). Exercise and physical activity in mental disorders: Clinical and experimental evidence. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*, 46 (Suppl 1), 12–21.

05 L'inclusione delle persone con problemi mentali attraverso lo sport

AUTORE:

Jan Drobny, Regional Director at FOKUS Praha



INTRODUZIONE

Questo documento ha esaminato in che modo le attività fisiche, ricreative e lo sport possano sostenere il processo di inclusione di individui con problemi di salute mentale. Il documento ha analizzato l'importanza dell'attività fisica in relazione a) alla partecipazione attiva delle persone e b) al fatto che la comunità tende ad escludere le persone con problemi di salute mentale, specialmente se con disturbi gravi (SMI) .

Sembra che le persone con gravi malattie mentali siano tra le più escluse nella società (Sayce, 2001). L'esclusione sociale è un processo attraverso il quale alcuni gruppi di individui vengono parzialmente o completamente esclusi dalla vita della comunità in cui vivono (Fondazione europea 1995). Essere esclusi dalla propria comunità innesca una spirale di isolamento crescente e di deterioramento della salute mentale (Office of the Deputy, 2004). I principali fattori che determinano l'esclusione sociale sono: avere un reddito basso, vivere un conflitto familiare, essere sottoposti a trattamenti terapeutici, avere problemi scolastici, aver scontato una pena, appartenere ad una minoranza etnica, vivere in quartieri urbani e rurali svantaggiati, avere problemi di salute mentale, di età e/o di disabilità (Hughes, 2010). Con queste premesse, può essere utile esplorare a) il meccanismo che porta all'esclusione e b) il motivo per cui alcune società tendono ad escludere determinati gruppi di individui. L'obiettivo del documento è descrivere il processo di inclusione/esclusione, imparare dalle esperienze precedenti e proporre dei

modi per far sì che tutti gli individui siano valorizzati, rispettati e possano contribuire alla società (Saloojee, 2003).

DEFINIZIONE DI SALUTE MENTALE, SPORT ED INCLUSIONE

a) Definizione di salute mentale/disturbi mentali

L'OMS (2014) definisce la salute mentale come uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, può far fronte alle normali tensioni della vita, può lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di dare un contributo alla sua comunità. Nel 2018, l'Headspace ha affermato che avere una buona salute mentale significa essere in grado di lavorare e studiare al massimo delle proprie potenzialità, di affrontare lo stress della vita quotidiana, di essere coinvolti nella comunità e di vivere la propria vita in modo libero e soddisfacente.

Ci sono approcci diversi nella definizione dei disturbi mentali. Per questo articolo abbiamo scelto una definizione fornita dalla "Stanford Encyclopedia of philosophy" (2010) che afferma che i problemi di salute mentale sono reali ed interessano la sfera del pensiero, dell'esperienza e dell'emozione; possono essere così gravi da causare incapacità funzionali tali da rendere difficili le relazioni interpersonali e la produttività lavorativa, e possono condurre a comportamenti autodistruttivi e persino al suicidio.

Ai fini del presente studio, sono state prese in considerazione solo le persone con malattie mentali gravi (SMI).

b) Definizione di sport e attività fisiche

Lo sport e l'attività fisica sono sempre stati una parte inseparabile della vita di ogni individuo: questo è il pensiero di Pierre de Coubertin (fondatore del Comitato olimpico internazionale, 1863-1937), citato nel Libro Bianco del 2007, che ha definito lo sport come una parte del patrimonio di ogni uomo e donna, la cui assenza non può essere compensata. Un'altra visione dello sport e del suo ruolo all'interno della società moderna è fornita da Bailey (2015), che lo definisce come un nome collettivo che include una serie di attività, di processi, di relazioni sociali e di presunti risultati fisici, psicologici e sociologici. Questo principio è sancito anche nel Libro Bianco (2007), che definisce lo sport come un'area di attività di grande interesse per i cittadini europei, con l'enorme potenziale di raggiungere tutti, indipendentemente dall'età o dall'origine sociale. Un'attività fisica regolare di intensità moderata - come camminare, andare in bicicletta o praticare sport -

ha notevoli benefici per la salute: può ridurre il rischio di malattie cardiovascolari, di diabete, di tumore del colon e del seno, di depressione (OMS, 2018).

L'associazione fra sport/attività fisica e salute mentale è molto importante per questo documento: Tylor et al. (1985) hanno affermato che la salute mentale è influenzata positivamente da un'intensa attività fisica, e questo vale sia per la popolazione clinica che non. Secondo Raglin (1990), i benefici psicologici associati all'esercizio fisico sono paragonabili a quelli riscontrati nelle forme standard di psicoterapia. Hull (2012) ha studiato i benefici dello sport nei bambini e negli adolescenti, e sembra che coloro che sono fisicamente attivi siano meno esposti a problemi di salute mentale ed abbiano un miglior funzionamento cognitivo (Hull, 2012).

c) Definizione di inclusione sociale/inclusione

"L'inclusione sociale è un processo che garantisce a coloro che sono a rischio di povertà e marginalizzazione le opportunità e le risorse necessarie per partecipare pienamente alla vita economica, sociale, politica e culturale, e di godere di uno standard di vita normale per la società in cui vivono. Garantisce inoltre la partecipazione ai processi decisionali che possono influire sulla loro vita e il rispetto dei loro diritti fondamentali "(Commissione delle Comunità europee, 2010).

"L'esclusione sociale è un processo complesso e multidimensionale, che implica la mancanza o la negazione di risorse, diritti, beni e servizi, l'esclusione attività fruibili dalla maggioranza delle persone sia in campo economico che sociale, culturale e politico. Influisce sia sulla qualità della vita che sull'equità e la coesione della società nel suo insieme "(Levitas et al, 2007).

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

Questo documento si propone di fornire una risposta alle domande seguenti:

L'attività fisica e lo sport possono migliorare le condizioni di vita delle persone con problemi di salute mentale? Le persone con problemi di salute mentale vengono escluse da attività come lo sport? Se sì, quali sono i meccanismi che determinano la loro esclusione e quali le soluzioni?

METODO

il documento si basa sui risultati di una revisione bibliografica. "Scrivere una revisione bibliografica è un modo per rivedere le idee e le principali ricerche disponibili su una determinata area di interesse" (Bryman, 2008).

RISULTATI

I benefici dell'attività fisica e dello sport per le persone con problemi di salute mentale.

In generale, gli effetti positivi dell'attività fisica, dell'esercizio e dello sport sulla salute sono ben noti e riconosciuti. Warburton (2006) afferma che l'inattività fisica è un fattore di rischio per le malattie cardiovascolari e per altre malattie croniche, tra cui il diabete mellito, il cancro (al colon e al seno), l'obesità, l'ipertensione, le malattie ossee e articolari (osteoporosi e osteoartrosi), la depressione. Cron-Grant e Grant (2000) hanno confermato ed ampliato questa tesi, affermando che un'attività fisica regolare può contribuire alla prevenzione dei problemi di salute mentale e può essere un elemento efficace nel loro trattamento. Nella stessa direzione, Dickerson e al. (2006) hanno affermato che le persone con gravi malattie mentali (SMI) vivono in condizioni fisiche peggiori rispetto al resto della popolazione, con rischi più elevati di contrarre malattie cardiovascolari, obesità e disfunzioni metaboliche, con una qualità di vita peggiore e un tasso di mortalità maggiore. Richardson et al. (2005) riportano che solo recentemente si è iniziato ad esaminare l'impatto dell'attività fisica sulla salute di chi soffre di gravi disturbi mentali. Carless e Douglas (2004) affermano che gran parte della letteratura esistente si concentra su persone senza una diagnosi di salute mentale, o con un livello di depressione da lieve a moderata. Solo una piccola parte della ricerca ha esplorato il potenziale dell'attività fisica nelle persone con problemi mentali gravi e, al momento, il potenziale terapeutico dell'attività fisica per questo gruppo di pazienti non è chiaro (Carless & Douglas, 2004).

Quando cerchiamo di descrivere i benefici dello sport e dell'attività fisica per le persone affette da SMI, occorre analizzarli da prospettive diverse. Craft (2005) ha cercato di capire in che modo l'esercizio fisico potrebbe ridurre o alleviare i sintomi della malattia mentale. Carless (2007) ha sottolineato la differenza fra cercare di ridurre i sintomi e aiutare le persone, una distinzione importante per migliorare la salute delle persone con gravi malattie mentali. Nello stesso studio, Carless (2007) ha affermato che la partecipazione a

diverse forme di attività fisica può contribuire al miglioramento della salute mentale in diversi modi:

- L'attività fisica di gruppo permette di vivere esperienze sociali positive, molto apprezzate da alcuni utenti dei servizi di salute mentale (Carter-Morris e Faulkner, 2003, citato in Carless 2007).
- Sport ed esercizio fisico possono contribuire a migliorare l'autostima delle persone con gravi malattie mentali (Faulkner & Sparkes, 1999, citato in Carless 2007).
- L'esercizio fisico è associato al miglioramento dell'umore nelle persone con depressione clinica (Faulkner & Biddle, 2004, citato in Carless 2007).
- L'attività fisica e lo sport possono diventare esperienze significative e preziose a livello personale, in grado di dare un senso alla vita di chi soffre di disturbi mentali (Raine et al. 2002, cit. In Carless 2007).

Repper e Perkins (2003, cit. In Carless 2007) hanno sottolineato che condividere esperienze, trovare un significato e uno scopo nella vita, avere una ragione di vita, assumere il controllo, avere una possibilità di scelta, provare piacere e migliorare l'autostima, sono fattori di fondamentale importanza nei casi di disturbi mentali.

Esclusione/inclusione delle persone con problemi di salute mentale nelle attività offerte dalla comunità

I concetti di inclusione ed esclusione sociale coinvolgono tematiche ampie, quali la povertà o l'istruzione, e hanno un impatto diretto sulla vita delle persone con disabilità o con problemi di salute mentale (Wright & Stickley, 2012). Questo concetto è condiviso da Friedli (2009), secondo cui è difficile distinguere tra le cause e gli effetti dei problemi di salute mentale e dell'esclusione sociale.

Alcuni ricercatori sostengono che l'esclusione sociale delle persone con problemi di salute mentale è legata al fenomeno dello stigma. Gli atteggiamenti sociali negativi nei confronti della malattia mentale sono molto diffusi e rendono il disturbo mentale più grave, difficile e invalidante (Repper & Perkins, 2003). Davis (2005) mette in dubbio la legittimità dell'etichettare individui e gruppi come "esclusi socialmente" perché, così facendo, vengono ulteriormente stigmatizzati ed esclusi dalla società. Illich (1975) ha inserito la stigmatizzazione e l'esclusione sociale nella classificazione medica che indica la perdita di autonomia e la segregazione sociale. Illich (1975) ha anche affermato che una diagnosi intensifica sempre lo stress, in quanto sancisce un'incapacità, impone l'inattività, aumenta

l'apprensione per l'incertezza sulle possibilità di recupero e per la dipendenza da future scoperte mediche. Tutto questo equivale ad una perdita di autonomia per definizione, in quanto isola la persona in un ruolo specifico, la separa da ciò che è normale e sano e le impone la sottomissione all'autorità di personale medico specializzato.

Sayce (2001) ha descritto l'inclusione sociale come un circolo virtuoso di diritti per l'accesso al mondo sociale ed economico, a nuove opportunità, al recupero di un proprio status, alla riduzione dell'impatto della disabilità. La chiave per l'inclusione consiste nel rendere disponibili una serie di opportunità fra cui scegliere, con un supporto adeguato laddove necessario. Ranking (2005) ha definito l'inclusione sociale come un approccio politico che permette alle "persone con malattie mentali di essere parte integrante della società, consentendo loro l'accesso alle comuni opportunità di occupazione, tempo libero, famiglia e vita comunitaria". Senza un serio sforzo per promuovere l'inclusione sociale, le persone con problemi di salute mentale sono destinate a rimanere marginalizzate e la salute mentale continuerà a richiedere costi elevati sia agli individui che ai governi. Nel sostenere questa tesi, Sayce (2005) ha affermato che l'inclusione sociale è la sfida chiave e l'obiettivo primario dei servizi di salute mentale.

Nonostante le evidenze sui benefici dell'inclusione sociale di persone con gravi problemi di salute mentale, alcuni ricercatori hanno sollevato preoccupazioni in merito al processo per raggiungerla. Sayce (1998) ha affermato che l'inclusione sociale fa leva sul senso comune, e che "tutti dovrebbero essere inclusi nella comunità, avere la possibilità di contribuire e di essere coinvolti".

È significativo che le persone con problemi di salute mentale stiano ancora lottando per ottenere l'inclusione sociale, quando dovrebbero già esistere meccanismi, strutture, politiche e leggi che la garantiscano (Secker et al 2007, citato in Spandler 2007). La sfida più grande consiste nel rendere l'inclusione sociale un modo per regolare, trattare e soddisfare i bisogni delle persone con problemi di salute mentale (Spandler, 2007). In altre parole, le persone con problemi di salute mentale dovrebbero poter essere coinvolte nella società, poiché sarebbe innegabilmente benefico per la loro salute. Tuttavia, è proprio questo "buon senso" a mancare: "promuovere l'inclusione", nella pratica, presuppone accettare il concetto che una società inclusiva sia non solo desiderabile, ma anche non problematica e legittima (Levitas 2004).

CONCLUSIONI

Esistono prove evidenti sull'impatto positivo dell'attività fisica, dello sport e dell'esercizio fisico sulle persone con problemi di salute mentale. Bisognerebbe tuttavia prestare maggiore attenzione ai benefici che questi portano a determinati sintomi, sia dal punto di vista fisico che mentale e sociale. Ad esempio, i risultati di un progetto che ha coinvolto alcune persone con malattie mentali in un programma calcistico hanno dimostrato che la loro partecipazione aveva offerto un'opportunità concreta di interazione e un ampliamento dei loro contatti sociali, indipendentemente dalla loro diagnosi (Carter-Morris e Faulkner, 2003). I problemi più grandi rimangono la stigmatizzazione, la discriminazione e la mancanza di conoscenza dei problemi di salute mentale da parte della comunità. Sayce (1998) ha affermato che a) gli individui all'interno di una società sono discriminati per una serie di ragioni diverse, b) sarebbe più corretto definire il fenomeno come discriminazione piuttosto che come esclusione e c) occorrerebbe identificare i diritti negati alle persone con problemi di salute mentale. Pertanto l'obiettivo principale dell'inclusione sociale dovrebbe essere lo sviluppo di legami comunitari, di pratiche anti-stigmatizzazione e anti-discriminazione.

Comprendere le esperienze delle persone con SMI è quindi un elemento centrale per affrontare la stigmatizzazione e l'esclusione sociale di chi soffre di disturbi mentali. Accrescere la consapevolezza della comunità su questi temi permetterebbe di abbassare il livello di stigmatizzazione e di esclusione sociale degli individui (Carles & Sparkes, 2008). Sorge il problema di chi dovrebbe promuovere tale conoscenza e comprensione, e di chi dovrebbe proporre le attività e le pratiche di inclusione sociale più appropriate. Rankin (2005) ha sostenuto che l'inclusione sociale è la sfida chiave e l'obiettivo primario dei servizi di salute mentale. Secondo Sayce (2001) l'inclusione sociale richiede la leadership della psichiatria, dei professionisti della salute mentale e del movimento degli utenti. In sintesi, è ovvio che l'obiettivo più importante consiste nel creare opportunità inclusive all'interno della comunità, compresa la partecipazione ad attività sportive e fisiche. Ciò può avvenire promuovendo la salute mentale in generale e aumentando la consapevolezza sulle malattie mentali e sulla salute mentale. Infine, il supporto delle comunità locali è un elemento fondamentale per la creazione di una società inclusiva.

Riferimenti bibliografici

- Boardman, J. (2011). Social exclusion and mental health – how people with mental health problems are disadvantaged: An overview. *Mental Health and Social Inclusion*, 15(3), 112-121
- Bailey, R. (2015). Evaluating the relationship between physical education, sport and social inclusion. *Educational Review*, 57(1), 71-90.
- Bryman, A. (2008) 'Getting Started: Reviewing the Literature'. In Bryman, A. *Social Research Methods* (3rd ed.) Oxford: Oxford University Press.
- Carless, D., & Douglas, K. (2004). A golf programme for people with severe and enduring mental health problems. *Journal of Public Mental Health*, 3(4), 26-39.
- Carless, D. (2007). Phases in Physical Activity Initiation and Maintenance Among Men with Serious Mental Illness. *International Journal of Mental Health Promotion*, 9(2), 17-27.
- Carter-Morris, P. and Faulkner, G. (2003). A football project for service users. The role of football in reducing social exclusion.
- Commission of the European Communities,. (2010). The European Social Fund and Social Inclusion. Retrieved May 7, 2018, from http://ec.europa.eu/employment_social/esf/docs/sf_social_inclusion_en.pdf
- Commission of the European communities. (2007, July 11). White Paper on Sport. Retrieved May 4, 2018, from <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52007DC0391&from=EN>
- Craft, L.L. (2005) Exercise and clinical depression: examining two psychological mechanisms. *Psychology of Sport and Exercise* 6 151–71.
- Dickerson, F. B., Brown, C. H., Daumit, G. L., Fang, L., Goldberg, R. W., Wohlheiter, K., & Dixon, L. B. (2006). Health status of individuals with serious mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 584-589.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (1995), *Public Welfare Services and Social Exclusion: The Development of Consumer Oriented Initiatives in the European Union*, Dublin: The Foundation.
- Friedli L. (2009) *World Health Organisation: Mental Health, Resilience and Inequalities*. World Health Organisations, Copenhagen.
- Grant, D. C., & Grant, T. (2000). Physical Activity and mental health. *A Life in a Day*, 4(4), 11-14.
- Headspace. (2018). What is mental health? Retrieved May 5, 2018, from <https://www.headspace.org.au/young-people/what-is-mental-health/>
- Hughes, P. (2010). *Breaking barriers to learning in primary schools: An integrated approach to childrens services*. New York: Routledge.
- Hull, D. (2012). The relationship between physical activity and mental health: A summary of evidence and policy. *Nothern Irland Assembly*, 198(12), 443-511.
- Levitas R. (2004) Lets hear it for Humpty: social exclusion, the third way and cultural capital. *Cultural Trends* 13, 41–56.
- Levitas, R., & E., Falmhy. (2014). *Social Exclusion in the UK*. Retrieved May 07, from [http://poverty.ac.uk/sites/default/files/attachments/Levitas, Social Exclusion in the UK.pdf](http://poverty.ac.uk/sites/default/files/attachments/Levitas_Social_Exclusion_in_the_UK.pdf)
- Office of the Deputy Prime Minister (2004). *Mental health and social exclusion*. Retrieved May 07, 2018, from http://www.nfao.org/Useful_Websites/MH_Social_Exclusion_report_summary.pdf
- Perkins, R., & Repper, J. (2005). *The Handbook of Community Mental Health Nursing*. Roulledge.

- Perring, C. (2010, February 22). Mental Illness. Retrieved May 05, 2018, from <https://plato.stanford.edu/entries/mental-illness/>
- Poverty and Social Exclusion. (2017, May). Social exclusion. Retrieved May 4, 2018, from <http://www.poverty.ac.uk/definitions-poverty/social-exclusion>
- Raglin, J. S. (1990). Exercise and Mental Health. *Sports Medicine*, 9(6), 323-329.
- Rankin, J. (2005). Mental health in the mainstream: Mental health and social Inclusion. London: Institute for Public Policy research
- Richardson, C. R., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G. S., Hutchinson, D. S., & Piette, J. D. (2005). Benefits of integrating physical activity in the treatment of serious mental illness. *Psychiatric Services*, 56(3), 324-331.
- Saloojee (2003). Social inclusion, Anti – racism and Democratic Citizenship. Retrieved May 07, 2018 from http://laidlawfdn.org/wp-content/uploads/2014/08/wpsosi_2003_jan_social-inclusion-anti-racism.pdf
- Sayce L. (1998) Stigma, discrimination and social exclusion: what's in a word? *Journal of Mental Health* 7, 331–343.
- Sayce, L. (2001) Social inclusion and mental health. *Psychiatric Bulletin*. 25, 121-123.
- Spandler, H. (2007). *Medical Sociology*. Volume 2, Issue 2, 3-16.
- Spandler, H. (2009). From social exclusion to inclusion? A critique of the inclusion imperative in mental health. *Mental Health Still Matters*, 128-134.
- Tylor, C.B., Sallis, J.F., and Needle, R. (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public Health Reports*. 100(2). 195-202
- WHO. Mental health: A state of well-being. (2014, August 15). Retrieved May 4, 2018, from http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- WHO. (2017, August 01). Physical activity. Retrieved from http://www.who.int/topics/physical_activity/en/
- Warburton, D. E. (2006). Health benefits of physical activity: The evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174(6), 801-809. doi:10.1503/cmaj.051351
- White Paper on Sport (2007).
- Wright, N., & Stickley, T. (2012). Concepts of social inclusion, exclusion and mental health: A review of the international literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(1), 71-81.

06 Salute mentale e stigma in Europa

AUTORE:

Pauline Moloney, Senior Clinical Psychologist



FIRST FORTNIGHT
THE ART OF MENTAL HEALTH

INTRODUZIONE

Salute mentale non è semplicemente sinonimo di assenza di malattie mentali. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la salute mentale come "uno stato di benessere in cui ogni individuo realizza il proprio potenziale, riesce a far fronte alle normali tensioni della vita, a lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di offrire un contributo alla comunità "(OMS, 2014a).

Una persona su quattro, ad un certo punto della propria vita, è colpita da un problema di salute mentale (OMS, 2014a). Circa 450 milioni di persone soffrono di depressione, schizofrenia e ansia, un dato che colloca le malattie mentali tra le principali cause di disabilità in tutto il mondo. Il carico umano ed economico associato ai disturbi mentali è notevole. Uno studio del 2010 riporta che la malattia mentale ha costi diretti e indiretti pari a 461 miliardi di euro in Europa, ovvero circa il 3,4% del prodotto interno lordo (PIL) (Gustavsson et al, 2011). Questa stima è coerente con altre ricerche dell'ultimo decennio, che collocano il dato tra il 3% e il 4% del PIL (The Economist Intelligence Unit, 2014). I problemi di salute mentale hanno causato un crescente incremento di disabilità lavorativa negli stati europei. L'OMS ha stimato che in Europa, nel 2015, il 9% di tutti gli anni di vita rapportati alla disabilità (indicatore DALY_ Disability Adjusted Life Years, che misura il carico complessivo della malattia) sono risultati da disturbi mentali e abuso di sostanze.

Si stima che due terzi delle persone con una malattia mentale non cerchi un aiuto professionale (Thornicroft, 2007), un po' per negligenza, ma anche per evitare stigma e discriminazione (Dunne, MacGabhann, Amering e McGowan, 2018). Sebbene i problemi di

salute mentale prima o poi si verificano in quasi tutte le famiglie, gli chi ne soffre continua a subire pregiudizi, a sentirsi escluso e a vergognarsi (Corrigan & Watson, 2002). La depressione è anche la maggiore causa di suicidio, ed è evidente la necessità di una risposta sanitaria globale (OMS, 2017a). Altri fattori di rischio sono l'età, il sesso e lo stato socioeconomico. A livello mondiale, sei paesi europei si collocano fra i primi 20 con i più alti tassi di suicidio, con la Lituania al primo posto. Nei paesi ad alto reddito, per ogni femmina si suicidano 3,5 maschi. Tuttavia, nei paesi a basso e medio reddito il tasso di suicidi è pari a 4,1 sia per i maschi che per le femmine. Nei paesi ad alto reddito, il 90% dei suicidi è legato alle malattie mentali, mentre il 22% all'uso di alcool (OMS, 2014b). Migliorando la salute mentale in Europa, identificando e curando precocemente malattie come la depressione, si può ridurre la disabilità e il numero di suicidi. Ciò pone una serie di sfide per la salute pubblica, e la riduzione dello stigma gioca un ruolo fondamentale.

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

Considerato il carico che la salute mentale riversa sia sull'individuo che sulla società, occorre mettere i servizi specializzati e le organizzazioni del settore nelle condizioni di attivare programmi di prevenzione e trattamenti efficaci. Occorre anche ridurre il divario che esiste tra coloro che ricevono un trattamento adeguato alle proprie difficoltà di salute mentale e coloro che non ne ricevono affatto. Lo stigma è uno dei motivi alla base della poca attenzione che i sistemi sanitari e i politici dedicano alla salute mentale. Per ridurre lo stigma, occorre prima capire la natura e la gravità del problema, quindi esaminare le buone prassi più efficaci disponibili. Questo documento si propone di affrontare questi temi.

APPROCCIO

Per raggiungere questi obiettivi, è stata condotta un'ampia revisione della letteratura (studi originali, revisioni sistematiche, revisioni Cochrane, ricerca di riferimenti, indagini sui servizi locali, piani di azione europei e dell'OMS sulla salute mentale), cercando una risposta alle seguenti domande:

- Come definiamo lo stigma e in che modo si associa alla salute mentale?
- Cosa ci dice la ricerca sullo stigma associato alla salute mentale?
- Quali sono gli approcci più efficaci per ridurre lo stigma nella salute mentale?
- Quali tipi di interventi sono utilizzati nei paesi europei?
- Politica di salute mentale: un confronto tra Irlanda e Lituania

REVISIONE BIBLIOGRAFICA

Stigma

Lo stigma può essere concettualizzato attraverso un modello socio-cognitivo che include tre elementi: stereotipi, pregiudizi e discriminazione (Corrigan, Druss & Perlick, 2014). Uno stereotipo è una convinzione eccessivamente generalizzata o semplificata su un gruppo di persone, in base a caratteristiche quali religione, genere o stato di salute (ad esempio, qualcuno con una malattia mentale è pazzo o pericoloso). Gli stereotipi non sono necessariamente dannosi, poiché le persone possono esserne consapevoli senza accettarli. Al contrario, il pregiudizio implica un accordo con lo stereotipo che si traduce in una reazione emotiva di qualche tipo (ad esempio, ho paura di quella persona perché ha una difficoltà di salute mentale). La discriminazione è il comportamento associato a questa reazione emotiva. È la restrizione dei diritti e delle opportunità delle persone in base alla loro appartenenza a un particolare gruppo (ad esempio, evitare o non assumere una persona con un problema di salute mentale perché ritenuto pericoloso).

Spesso lo stigma è alimentato da equivoci e può portare a comportamenti discriminatori. Ad esempio, è convinzione comune che le persone con malattie mentali siano violente e pericolose, o che i problemi di salute mentale siano dovuti a debolezza personale (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000). Lo stesso linguaggio usato per descrivere le persone con problemi di salute mentale può essere stigmatizzante, ad esempio, essere chiamato "pazzo", "folle", "matto" o "lunatico" (Angermeyer & Matschinger, 2003). Alcune persone continuano a credere che le difficoltà di salute mentale non siano curabili, o che chi ne soffre sia meno capace degli altri. Questo tipo di stigma può portare all'abuso, al rifiuto, all'isolamento ed escludere i malati dall'assistenza sanitaria e dal sostegno di cui necessitano.

Da un punto di vista sociale, lo stigma può essere distinto in stigma pubblico, autostigma (o interiorizzato) e stigma strutturale. Lo stigma pubblico è la reazione negativa di una comunità, o di una società, verso un particolare gruppo (stigmatizzato) ed è basato su stereotipi, come la convinzione che tutte le persone con malattie mentali siano pericolose (Corrigan & Watson, 2002). Le diverse culture attribuiscono origini diverse ai disturbi mentali, per esempio la tradizione cinese vede la malattia mentale come una punizione per la cattiva condotta di un antenato (Yang, 2007). L'autostigma è quando le persone stigmatizzate condividono gli stereotipi degli altri e li interiorizzano contro se stessi, ad es.

"Se le persone che hanno malattie mentali sono pericolose, devo essere pericoloso" (Watson, Corrigan, Larson & Sells, 2007). Questa risposta al pregiudizio può portare a conseguenze comportamentali negative, come non cercare un lavoro, non parlare e non cercare un aiuto professionale (Henderson, Evans-Lacko e Thornicroft, 2013). Diversi studi hanno rilevato che le persone con problemi di salute mentale spesso non usufruiscono dei servizi psichiatrici disponibili, anche quando è già stato fissato un appuntamento, con conseguente prolungamento della cura e spreco di risorse (Byrne, 2000). Infine, lo stigma strutturale si verifica quando le istituzioni pubbliche limitano, intenzionalmente o involontariamente, i diritti del gruppo stigmatizzato.

Che cosa dice la ricerca sullo stigma associato alla salute mentale?

La discriminazione e lo stigma associati a malattie mentali sono stati analizzati principalmente attraverso indagini mirate. In una indagine condotta negli Stati Uniti (US Social Survey) i cittadini hanno espresso le loro opinioni sulle persone con malattie mentali attraverso brevi vignette. Tra il 35% e il 69% dei partecipanti ha dichiarato di non voler fare amicizia con una persona con schizofrenia, né di averla come vicino, socializzarci, entrare a far parte della sua famiglia o lavorarci a stretto contatto (Pescosolido et al, 2010). Modificando la diagnosi dalla schizofrenia alla depressione grave, per le stesse domande la percentuale diminuiva al 20-53%, evidenziando così la differenza fra discriminazione generale e specifica per diagnosi.

Dal 2011, First Fortnight, il festival irlandese delle arti e della salute mentale, conduce un sondaggio annuale per valutare l'atteggiamento dei partecipanti al festival verso la salute mentale. Delle 1.517 persone che hanno risposto nel 2018, quasi la metà degli intervistati (47%) non vorrebbe far sapere di avere problemi di salute mentale, il 28% avrebbe difficoltà a parlare con qualcuno con malattie mentali e il 56% avrebbe paura di poter incorrere in disturbi mentali. Inoltre, il 27% dichiara che cercherebbe di evitare il ricorso alle cure perché gli altri verrebbero a conoscenza delle loro difficoltà, e 1/5 di non essere disposti, o di non essere sicuri di poter vivere con qualcuno con problemi di salute mentale (D. Keegan, comunicazione personale, 17 febbraio 2018). È dunque essenziale affrontare lo stigma, per far sì che non ostacoli la ricerca di aiuto di chi è in difficoltà.

Ogni anno, i servizi di salute mentale di St. Patrick (Irlanda) esaminano un campione rappresentativo di 500 adulti. Dall'indagine del 2017 è emerso che, anche se il 28% degli

intervistati aveva precedentemente ricevuto cure per problemi di salute mentale, il 64% riteneva che essere assistiti per un problema di salute mentale fosse un segno di fallimento personale, il 38% degli intervistati non direbbe al proprio partner che sta assumendo antidepressivi, il 25% non direbbe a nessuno di aver ricevuto cure psichiatriche ospedaliere e solo il 55% condividerebbe tali informazioni con un partner (St Patrick's Mental Health Survey, 2017). Tra gli altri risultati relativi allo stigma, quasi la metà degli intervistati (44%) non si fiderebbe di affidare il compito di babysitter a qualcuno che ha avuto episodi di depressione postnatale e il 23% non sposerebbe qualcuno precedentemente ricoverato in ospedale per depressione. Nonostante le molte campagne pubbliche di sensibilizzazione in Irlanda, il 70% degli intervistati ritiene che il tema della salute mentale non sia ancora sufficientemente affrontato dai media. Con un quarto dei 500 intervistati che riferiva che non avrebbe detto a nessuno di aver maturato pensieri suicidi, il messaggio è chiaro: bisogna fare di più.

In uno studio sullo percezione dello stigma che ha coinvolto 815 adulti con disabilità mentale significativa in 6 paesi europei, il 46,7% ha riportato di aver provato imbarazzo, e il 18% di aver vissuto episodi di discriminazione, che risulta in un 14,8% di stigma percepito (Alonso et al., 2009). Lo stigma percepito è più frequente tra le persone con basso livello di istruzione (12 anni di studio o meno), tra quelle sposate/conviventi e tra i disoccupati (Alonso et al., 2009). Il malato mentale con stigma percepito risulta avere una qualità di vita significativamente peggiore, più limiti nel lavoro e nel ruolo lavorativo, e più ostacoli nell'integrazione sociale rispetto ad altre persone con problemi di salute mentale, evidenziando l'impatto negativo che lo stigma può avere sul proprio benessere psicologico, sociale e lavorativo.

Quali sono gli approcci più efficaci per ridurre lo stigma associato alla salute mentale?

In questo capitolo vengono analizzati il contenuto e l'efficacia di alcuni interventi per ridurre lo stigma sulla salute mentale, con l'obiettivo di fornire suggerimenti per la ricerca, la politica e le pratiche future. Si cercherà di capire se tali interventi possono influenzare la conoscenza (dominio cognitivo), l'atteggiamento (pregiudizio o dominio affettivo) e il comportamento (discriminazione o dominio comportamentale).

La ricerca ha identificato tre strategie efficaci per combattere lo stigma: 1) Educazione; 2) Contatto; e 3) Protesta (Buechter, Pieper, Ueffing e Zschorlich, 2013; Corrigan, Green, Lundin, Kubiak & Penn, 2001; Corrigan & Penn, 1999; Corrigan, River, et al., 2001). L'educazione dovrebbe sostenere la maggior parte dei programmi anti-stigma e sensibilizzare sul tema della salute mentale (Kaminski & Harry, 1999; Pinfold, Thornicroft, Huxley & Farmer, 2005). E' necessario informare le persone su cosa sia la salute mentale, su come prendersi cura della propria salute mentale, su cosa comporti la malattia mentale, e sostituire i miti con i fatti. I metodi spaziano dalla produzione di film documentari sulla malattia mentale all'organizzazione di seminari e alla diffusione di opuscoli informativi. Per contatto si intende il coinvolgimento degli utenti e degli operatori (Alexander & Link, 2003; Corrigan et al., 2001). Presentare al pubblico problemi di salute mentale, sia attraverso testimonial che tramite presentazioni o video, si è dimostrato un metodo efficace per ridurre atteggiamenti negativi e stigma. È interessante notare che, mentre per gli adulti il contatto diretto con gli utenti dei servizi di salute mentale è risultato più efficace dell'educazione nel ridurre lo stigma, per gli adolescenti è stato riscontrato il contrario (Corrigan, Morris, Michaels, Rafacz e Rusch, 2012). Infine, la protesta è una strategia reattiva utilizzata per sfidare atteggiamenti sbagliati o stigmatizzanti. Alcuni esempi sono scritti, campagne, marce, sit-in e boicottaggi. Oltre a queste strategie, Link (2001) consiglia un approccio multidimensionale, mirato e a lungo termine, mentre l'Istituto Nazionale di Salute Mentale (UK) raccomanda attività di monitoraggio e valutazione appropriate, per garantire la validità degli interventi anti-stigma (Borschmann, Greenberg, Jones & Henderson, 2014).

Come accennato, l'autostigma si verifica quando le persone con difficoltà mentali interiorizzano gli stereotipi negativi e li applicano su se stessi. Jorm (2012) ha dimostrato che l'autostigma può derivare da conoscenze inesatte o insufficienti sulla propria condizione di salute mentale e sulle possibili terapie. Pertanto, migliorare l'alfabetizzazione sulla salute mentale potrebbe contribuire a ridurre l'autostigma. Un altro metodo per aiutare le persone a vincere l'autostigma è la ristrutturazione cognitiva, un elemento della terapia cognitivo-comportamentale che accompagna il paziente a percepire le credenze stigmatizzanti come auto-affermazioni irrazionali (Morrison et al., 2013).

Le campagne popolari sembrano funzionare meglio se sono orientate al recupero e mirano a rimuovere la distanza tra "noi" e "loro": l'intergruppo "Ipotesi di Contatto" di Allport (1954) spiega il motivo per cui questo avviene. Allport suggerisce che il contatto tra

membri di gruppi diversi (in presenza di determinate circostanze - obiettivi comuni, stesso status, cooperazione tra gruppi) può promuovere la tolleranza e ridurre i pregiudizi e il conflitto tra loro. Il beneficio che emerge da tale contatto è alla base di diverse politiche e campagne contro lo stigma religioso, la discriminazione razziale e di genere. Ricerche successive sulla teoria di Allport hanno evidenziato che se i criteri da lui identificati potenziavano gli effetti, non erano però un prerequisito, e che il semplice contatto con una persona può evocare un cambiamento nei propri atteggiamenti (Pettigrew & Tropp, 2005). Sono quattro le variabili di mediazione attraverso cui il contatto può far cambiare un atteggiamento: 1) conoscere l'altro gruppo, 2) cambiare il proprio comportamento nei confronti degli altri membri del gruppo, 3) sviluppare emozioni ed esperienze positive e ridurre l'ansia, 4) acquisire conoscenze sul proprio gruppo, con conseguente aumento della tolleranza nei confronti dell'altro gruppo (Pettigrew, 1998).

Le campagne contro lo stigma sono uno strumento importante contro la discriminazione e sono state svolte diverse meta-analisi nei paesi occidentali (Mittal, Sullivan, Chekuri, Allee e Corrigan, 2012, Griffiths, Carron-Arthur, Parsons & Reid, 2014; Tsang et al, 2016). Tuttavia, i loro risultati non sono sempre facili da quantificare, poichè mancano di descrizioni dettagliate e di valutazioni pubblicate (Sayce, 2003). Inoltre, nonostante lo stigma sia un fenomeno interculturale, le esperienze, la comprensione e il significato della malattia mentale variano sulla base dei diversi valori storici, culturali, religiosi e filosofici. Le strategie possono variare notevolmente in termini di impostazioni, meccanismi e interventi, e poiché i programmi non possono essere separati dalla cultura in cui operano, è difficile stabilire quali potrebbero funzionare meglio (Xu, Huang, Kos).

Esempi di interventi europei per ridurre lo stigma associate alla salute mentale

In generale, le campagne per ridurre lo stigma sulla salute mentale possono essere di natura generica o specifica in base alla diagnosi. Esempi di campagne generiche includono l'iniziativa "Head's Together" (UK), promossa dal duca e dalla duchessa di Cambridge e dal principe Harry, e l'intervento "Coming Out Proud", promosso da un gruppo di pari che ha dimostrato di avere effetti positivi immediati sulla riduzione dello stigma (Corrigan, Larson, Michaels, Buchholz, Rossi, et al., 2015; Rushe, Zlati, Black & Thornicroft, 2014). La "Global Anti-Stigma Alliance" (GASA), istituita nel giugno 2012 durante una conferenza organizzata dalla Commissione di salute mentale del Canada e dalla World Psychiatric Association, ha lo scopo di condividere conoscenze, buone prassi e ricerche scientifiche a beneficio delle persone soggette a discriminazioni e stigma. Mira inoltre a stringere collaborazioni sia a livello internazionale che con i paesi limitrofi. I paesi membri hanno proposto programmi antistigma significativi, lavorando in diversi settori chiave quali i luoghi di lavoro, la comunità, le scuole, gli enti preposti alla salute mentale e i social media. L'Alleanza ha avuto successo: ad esempio, da quando "Time to Change" è iniziato nel Regno Unito (uno dei membri principali di GASA), i risultati riportano che circa 4,1 milioni di adulti in Inghilterra ha cambiato positivamente l'atteggiamento nei confronti della salute mentale, e che si è verificato un miglioramento del 9,6% tra il 2008-2016 (Henderson & Thornicroft, 2016). I materiali prodotti sono stati condivisi e adattati alle specificità di altri paesi membri: ad esempio, il filmato, "The Stand-Up Kid" è stato adattato per il pubblico danese.

Fra le iniziative finalizzate alla riduzione dello stigma nei confronti di una diagnosi specifica, va menzionato il programma mondiale "Open the Doors", promosso dalla World Psychiatric Association. La sua missione è quella di sensibilizzare l'opinione pubblica sulla natura e sulle opzioni terapeutiche nel trattamento della schizofrenia, di migliorare l'attitudine generale nei confronti di coloro che soffrono, o hanno sofferto di schizofrenia e di combattere la discriminazione e i pregiudizi su questa malattia. Il programma coinvolge gruppi di azione locali istituiti in oltre dieci paesi europei, e i programmi sono adattati sulla base del target e dei messaggi che si intendono portare alle diverse realtà locali. "Mental Health Awareness in Action Programme" (MHAA-UK) è un esempio dei vari progetti promossi da questa organizzazione. Il programma MHAA include workshop educativi per gli utenti dei servizi, gli assistenti e i professionisti della salute mentale, sessioni di sensibilizzazione sulla salute mentale per la comunità e un progetto di intervento

scolastico. Il programma si è rivelato efficace, in quanto sono migliorati i livelli di conoscenza, comprensione e attitudine dei partecipanti nei confronti delle persone con difficoltà di salute mentale, ma il lato negativo è che l'elemento fondamentale del cambiamento comportamentale sembra essere rimasto inalterato (Pinfold et al., 2005). Un programma adattato per la Germania è risultato nella riduzione degli stereotipi negativi e della distanza sociale verso le persone con schizofrenia. L'analisi degli effetti di alcune proiezioni cinematografiche e produzioni teatrali sulla malattia mentale ha tuttavia rivelato un aumento delle convinzioni stigmatizzanti (Gaebel, Baumann & Zanke, 2005), evidenziando la necessità di valutazioni regolari, ma anche quanto sia complesso attivare interventi anti-stigma efficaci.

A Gand, in Belgio, il programma "How Different is Different?" ha portato giovani di età compresa tra i 16 ei 19 anni in relazione con persone con malattie mentali. Sono stati coinvolti sia gli ospedali che le strutture locali, per consentire a ciascun gruppo di conoscersi l'un l'altro e scoprire le loro somiglianze. In un'altra fase del programma, gli utenti del servizio o i loro parenti hanno visitato le scuole per parlare delle loro esperienze personali e, alla fine dell'anno scolastico, i partecipanti (sia i pazienti che gli alunni) hanno presentato un progetto e hanno parlato delle loro esperienze. Il successo di programmi come questo non è facile da misurare; tuttavia, l'analisi dei diari tenuti dagli alunni ha dimostrato che ci sono stati dei cambiamenti nel loro atteggiamento. Il successo del programma è stato dimostrato anche dalla sua crescita: da 5 scuole e 20 alunni partecipanti nel 1991, si è arrivati a 46 scuole e 1.500 alunni nel 2003.

C'è un numero crescente di prove sull'associazione positiva fra attività fisica e salute mentale (Richards et al., 2015) e sull'azione preventiva dello sport contro l'insorgere della depressione (Mammen e Faulkner, 2013). Paradossalmente, lo sport competitivo può contribuire al deterioramento della salute mentale (Hagiwara, Iwatsuki, Isogai, Van Raalte & Brewer, 2017): allenamenti eccessivamente intensivi, schemi organizzativi, infortuni, o una richiesta quasi ossessiva di vittoria possono ridurre le capacità di recupero dell'atleta. Inoltre, quando il successo nello sport fa perno sull'autostima, la percezione di un insuccesso, l'opinione negativa del pubblico, l'avanzare dell'età e il rifiuto di chiedere aiuto, in nome del mito della "tenacia mentale", possono alimentare la depressione. Storie di atleti di alto profilo, come Frank Bruno e Ricky Hatton (boxe), Nigel Owens (rugby) e Clarke Carlisle (calcio), se da un lato confermano il persistente stigma che circonda la malattia mentale, dall'altro evidenziano il potenziale dello sport per affrontarlo. Molte

società sportive stanno sviluppando programmi per integrare la salute mentale fra le loro attività. Ad esempio, la "Rugby Players" (Irlanda) ha lanciato una campagna di 3 anni per benessere mentale, chiamata "Tackle Your Feelings" finalizzata a promuovere il dialogo sulla salute mentale, mentre la GAA (Gaelic Athletic Association) ha adottato una carta della salute mentale per diffondere fra i club una cultura che sostenga e promuova il benessere emotivo. In Portogallo, la "Portuguese Player Union-SJPF" ha attivato un progetto di salute mentale che mira a rilevare e a rispondere ai problemi psicologici in cui i giocatori di calcio possono incorrere durante e dopo la loro carriera.

Infine, Twardzicki (2008) ha dimostrato che le arti creative hanno un ruolo nel promuovere la salute mentale, nel ridurre lo stigma e nel migliorare l'inclusione sociale delle persone con disturbi mentali. La partecipazione alle arti creative può avere un impatto terapeutico sul recupero e sulla riduzione dell'autostigma (Crawford & Patterson, 2007; Quinn, Shulman, Knifton & Byrne, 2011). Tuttavia, mentre alcuni studi hanno dimostrato che l'arte e il cinema possono ridurre gli atteggiamenti stigmatizzanti su pericolosità e capacità (Twardzicki, 2008), altre iniziative, come il programma "Open the Doors" in Germania (descritto in precedenza) evidenziano che l'arte può avere anche un effetto negativo (Quinn et al., 2011). È quindi fondamentale valutare attentamente la natura dell'evento artistico, in quanto non tutte le performances che trattano la salute mentale sono adatti per ridurre automaticamente lo stigma.

In sintesi, solo alcuni paesi in Europa hanno promosso interventi che siano risultati efficaci, il che rende indispensabile formulare raccomandazioni chiare. Data la natura persistente e invalidante della stigmatizzazione nella salute mentale, è fondamentale investire in programmi efficaci e culturalmente appropriati.

Politiche per la salute mentale: Irlanda e Lituania a confronto.

Nell'Unione Europea la necessità di dare una risposta ai bisogni di salute mentale ha condotto alla pubblicazione del "Piano europeo di salute mentale 2013-2020" (OMS, 2013), che propone azioni specifiche per ognuno degli obiettivi strategici identificati, fra cui i principali sono i seguenti:

1. Ogni essere umano deve avere le stesse opportunità di raggiungere il benessere mentale nell'arco della propria vita, in particolare coloro che sono più vulnerabili o a rischio;

2. I diritti umani delle persone con problemi di salute mentale devono essere valorizzati, protetti e promossi;
3. I servizi di salute mentale devono essere accessibili, abordabili e disponibili in ogni comunità;
4. Tutte le persone hanno diritto a un trattamento rispettoso, protetto ed efficace.

Il piano mira a ridurre lo stigma, a normalizzare i problemi di salute mentale, a garantire che i servizi siano accessibili a tutti e che chiunque abbia un problema di salute mentale venga trattato con rispetto. Le politiche governative devono cercare di ridurre i fattori di rischio per la salute mentale. La disoccupazione, i debiti e la disuguaglianza sociale hanno un impatto negativo sul benessere mentale e aumentano il rischio di suicidio. Come già detto, molte persone preferiscono evitare i servizi di salute mentale, altre non li seguono con costanza a causa dello stigma o di altre esperienze negative. Le politiche di salute mentale devono promuovere riforme strutturali e servizi qualitativamente migliori.

Una delle conseguenze più tragiche dei problemi mentali è il suicidio. Sappiamo che non tutti coloro che tentano il suicidio hanno una malattia mentale diagnosticabile (Phillips, 2010), ma ci sono molte persone che covano idee suicide e arrivano a tentarlo o completarlo. Oltre 800.000 persone nel mondo ogni anno muoiono per suicidio (una media di 16 su 100.000), seconda causa di morte tra i giovani di 15-29 anni a livello mondiale (OMS, 2017b).

Agli inizi del '900 l'Irlanda aveva un tasso di suicidi basso, che è aumentato significativamente con il progredire del 20° secolo, per raggiungere il picco nel 2009. Tuttavia, grazie alle nuove di registrazione attivate dall'Ufficio centrale di statistica dopo il 1967, e alla rimozione del suicidio e del tentato suicidio dalla lista dei reati penali nel 1993 (Kelly, 2017), i numeri sono cambiati. Nel 2016 l'Irlanda ha registrato una popolazione di 4,76 milioni (Ufficio centrale di statistica, 2017), e nello stesso anno il numero dei suicidi è sceso a 399 (8,5 persone su 100.000) (Ufficio Nazionale per la Prevenzione dei Suicidi – NOSP - 2017). Il NOSP fu creato nel 2005 all'interno del servizio sanitario irlandese, per supervisionare l'attuazione e il coordinamento del programma "Reach Out: Strategia nazionale di azione per la prevenzione dei suicidi, 2005-2014". A questo è succeduta una nuova politica: "Connecting for Life", che si collega ad altre politiche per la salute mentale e il benessere come "A Vision for Change" e "Healthy Ireland" (Dipartimento della Salute, 2015). La politica nazionale irlandese si prefigge di diminuire il numero dei suicidi e di migliorare la salute mentale dei cittadini, riducendo le attitudini stigmatizzanti e fornendo

servizi di salute mentale di alta qualità. L'investimento di risorse e lo sviluppo di politiche nazionali specifiche hanno avuto effetti positivi: i tassi di suicidio in Irlanda sono diminuiti e i dati del 2016 riportano un calo del 26% in 5 anni, nonostante l'aumento della popolazione (NOSP, 2017). Per ogni suicidio, ci sono molti tentativi non riusciti. Un tentato suicidio rimane un evento importante nella storia di un individuo e può lasciare cicatrici permanenti. Per queste persone, lo stigma è una preoccupazione importante, in quanto molti si vergognano del loro tentativo di suicidio ed evitano di parlarne con gli altri (Fulginiti, Pahwa, Frey, Rice & Brekke, 2016). Mantenere questo segreto può portare ad un ulteriore isolamento sociale e alla mancanza di un sostegno formale o informale, aggravando così una situazione di per sé estremamente dolorosa e prolungando la malattia mentale (se presente).

Il suicidio e il relativo stigma sono stati fonte di preoccupazione anche in Lituania. Secondo i dati sanitari mondiali, in Lituania nel 2014 quasi 32 persone su 100.000 si sono suicidate - il doppio della media globale. Questo dato ha raggiunto il picco di quasi 46 persone su 100.000 nel 1995, uno dei tassi più alti a livello internazionale. La Lituania ha fatto parte dell'Unione Sovietica per 50 anni (1940-1990) e ha aderito all'UE nel 2004. Il Centro Statistico della Lituania (2018) stima che la popolazione totale nel 2018 sia di 2.810.118 abitanti (dati preliminari), e la colloca nel gruppo dei paesi a reddito medio-alto (secondo i criteri della Banca Mondiale 2010), con una spesa sanitaria totale del 6,59% del PIL. L'aspettativa di vita maschile in Lituania è pari a quella dell'Europa occidentale di diversi decenni fa. Nel 2015, l'aspettativa di vita alla nascita era di 68 anni per i maschi (78 anni per le femmine), a causa degli alti tassi di malattie cardiovascolari e dei suicidi (OMS, 2015). Nel 2015 è stato istituito il "Centro di Prevenzione dei Suicidi" (una sessione del Centro di salute mentale dello Stato) che, insieme alla "Strategia di Prevenzione del Suicidio 2016-2019" (Vilnius, 2016), rappresenta un passo nella giusta direzione per comprendere e affrontare il problema (Muiznieks, 2017).

Come per l'Irlanda e per altri paesi dell'Europa orientale, la cura della salute mentale in Lituania consisteva nel ricovero in ospedale e nel trattamento farmacologico come approccio terapeutico primario (Puras, 2005). Dopo il crollo dell'Unione Sovietica nell'agosto del 1991, la Lituania aveva 5380 posti letto per pazienti psichiatrici. La salute mentale della popolazione si è deteriorata nel primo decennio dopo l'indipendenza, sono aumentati i suicidi e l'abuso di alcol e droghe (Murauskiene, Janoniene, Veniute, van Ginneken e Karanikolos, 2013; Puras, 2005). Nell'Unione Sovietica l'assistenza psichiatrica

consisteva nell'isolamento dei malati mentali negli ospedali psichiatrici e nelle case di cura, un modello che ha contribuito ad accrescere lo stigma e l'esclusione sociale, impedendo l'integrazione di queste persone nella comunità (Van Voren, 2013), e violando il loro diritto alla vita (Mickevicius, Blazys, Migaliova, Lukosaityte e Puras, 2005). Negli anni '90, la riforma della salute mentale in Lituania ha portato alla nascita di un organismo di coordinamento della politica di salute mentale e alla definizione di un nuovo quadro normativo. La "Legge sulla salute mentale" (1995) ha posto le basi per migliorare la qualità delle cure e prevenire l'uso improprio delle cure psichiatriche. Ma nonostante in linea con i principi universali sui diritti umani, le violazioni nei confronti delle persone con malattie mentali sembrano persistere, in particolare del diritto al trattamento, al lavoro e al sostegno da parte dello stato (Puras, Germanavicius, Povilaitis, Veniute & Jsailionis, 2004). A questa legge sono susseguiti diversi documenti politici, tra cui la Strategia nazionale di salute mentale (Seimo della Repubblica di Lituania, 2007) e l'istituzione del Centro di salute mentale statale per il coordinamento delle politiche di salute mentale, e sono stati avviati servizi territoriali e ambulatoriali multidisciplinari, che offrono interventi medici e psicologici.

Nel 2011 il numero di letti per pazienti psichiatrici è sceso a 2528 (Murauskiene, et al., 2013), grazie anche al trasferimento dei pazienti con malattie mentali croniche dagli ospedali psichiatrici a strutture assistenziali di lunga degenza (Puras, 2005). La durata dei ricoveri è diminuita (da 63,7 giorni nel 1991 a 19,9 nel 2015), così come la deistituzionalizzazione (Eurostat, 2017). Ma se è vero che ci sono stati dei progressi, gli obiettivi non sono stati ancora raggiunti: mancano analisi dettagliate sui servizi, sui programmi e sulle politiche. Inoltre, permangono problemi quali la mancanza di finanziamenti, le disuguaglianze socioeconomiche e la scarsità di risorse.

La presente revisione bibliografica non ha trovato documenti in lingua inglese relativi allo stigma o all'attuazione di interventi psicologici e psicosociali in Lituania. E' stato adottato un modello di cooperazione per facilitare l'integrazione sul mercato del lavoro delle persone con difficoltà di salute mentale, attraverso un sistema di sostegno sociale. Inoltre, sono stati forniti agli insegnanti e ai futuri operatori della sanità pubblica programmi per la lotta allo stigma e all'esclusione sociale. Fra questi, un programma di sensibilizzazione sulla salute mentale ("Programma nazionale per il controllo e la prevenzione delle tossicodipendenze della droga 2010-2016") e un programma per la salute mentale sui

luoghi di lavoro (“Attuazione della strategia per la salute mentale e la prevenzione del suicidio”).

CONCLUSIONI

Poche malattie sono così difficilmente comprensibili e soggette a pregiudizi come le malattie mentali. Sia l'OMS che la World Psychiatric Association riconoscono che la discriminazione associata ai disturbi mentali è fortemente legata alla sofferenza, alla disabilità e alla povertà che questi comportano (Corrigan & Watson, 2002). L'impatto negativo della stigmatizzazione ritarda l'accesso ai trattamenti e prolunga la sofferenza dell'individuo e di chi è vicino a loro. Inoltre, ha un impatto significativo sull'economia europea, a causa dei suoi costi diretti e indiretti.

Secondo la definizione di salute mentale dell'OMS, gli elementi cruciali che aiutano a responsabilizzare chi soffre di problemi mentali sono l'integrazione nella propria comunità, il coinvolgimento in attività produttive e il raggiungimento del proprio potenziale (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams e Slade, 2011). Sebbene i raggruppamenti politici, le associazioni dei pazienti e gli operatori socio-sanitari siano tutti d'accordo sull'importanza di questi elementi, pochi paesi si sono avvicinati a queste mete ideali. Occorre investire per migliorare la salute mentale della comunità, la qualità della vita, la resilienza e per ridurre il numero di suicidi. In questo documento sono stati presentati diversi interventi anti-stigma efficaci, per lo più di carattere educativo e basati sul contatto. E' evidente l'eterogeneità degli interventi, che dimostra che esistono vari modi per attivare un programma anti-stigma efficace. Gli interventi dovrebbero essere di lunga durata, valutati criticamente, e i risultati divulgati perché altri possano beneficiarne. Le politiche di salute mentale dovrebbero contribuire allo sviluppo di servizi di qualità, in cui l'utente possa stabilire i propri obiettivi e costruire un progetto di vita soddisfacente sulla base delle proprie scelte. Gli Stati membri dell'UE hanno dimostrato il loro impegno per la protezione di chi ha problemi di salute mentale firmando la “Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità”, che garantisce la tutela dei diritti umani quali il diritto al trattamento, il diritto di scegliere, l'inclusione sociale e la protezione dagli abusi (Baumann, 2010, Consiglio dei diritti umani delle Nazioni Unite, 2017). Tuttavia, questi diritti non sono ancora pienamente garantiti.

Lo sviluppo di una politica di salute mentale è un processo complesso che richiede la collaborazione di diversi dipartimenti governativi, ad es. salute, lavoro, assistenza sociale,

tempo libero e finanza. Occorre adattare anche i programmi europei alle caratteristiche nazionali e regionali, poiché quando gli interventi sono incentrati sulle specificità culturali dei destinatari funzionano meglio. L'UE continuerà ad avere effetti diretti e indiretti sui servizi di salute mentale nei prossimi anni: se i cambiamenti strutturali dell'UE comporteranno nuove sfide, offriranno anche nuove opportunità di apprendimento e sostegno agli Stati con i servizi meno sviluppati. Tuttavia, ogni paese continuerà ad affrontare i propri problemi. Ad esempio, mentre la Lituania continua a promuovere politiche e servizi per la comunità, l'Irlanda ha prodotto politiche più strutturate, ma fatica ad applicarle appieno. Gli Stati membri dovrebbero raccogliere e aggregare sistematicamente i dati per monitorare il livello di attuazione delle politiche di salute mentale, i programmi per la riduzione dello stigma e il loro impatto sulla salute e il benessere dei cittadini. I livelli di disagio mentale e di suicidi sono ancora troppo alti in Europa. La cooperazione trasversale, la creazione di reti e la collaborazione tra politici, esperti, operatori del settore socio-sanitario e rappresentanti della società civile sono fattori chiave per migliorare la salute mentale e il benessere dei cittadini.

Non esiste "loro", esiste solo "noi".

Riferimenti bibliografici

- Alexander, L., & Link, B. (2003). The impact of contact on stigmatising attitudes towards people with mental illness. *Journal of Mental Health, 12* (3), 271-289.
- Alonso, J., Buron, A., Rojas-Farreras, S., de Graaf, R., Haro, J.M., de Girolamo, G., Bruffaerts, R., Kovess, V., Matschinger, H., & Vilagut, G. (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders, 118*, 180-186.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*, 304-309.
- Baumann, A.E. (2010). Empowerment in Mental Health – A partnership project of the WHO Regional Office for Europe and the European Commission. In *European Commission and Ministry of Health of Portugal, Promoting Social Inclusion and Combating Stigma for better Mental Health and Well-being*. Retrieved on October 20th, 2017 from https://ec.europa.eu/health/mental_health/events/ev_20101108_en.
- Borschmann, R., Greenberg, N., Jones, N., & Henderson, R. (2014). Campaigns to reduce mental illness stigma in Europe: A scoping review. *Die Psychiatrie, 11*(1), 43-50.
- Buechter, R., Pieper, D., Ueffing, E., & Zschorlich, B. (2013). Interventions to reduce experiences of stigma and discrimination of people with mental illness and their caregivers (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013*, Issue 2. 1-14. DOI: 10.1002/14651858.CD010400
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment, 6*, 65– 72.
- Central Statistics Office (2017, April 6). Census 2016 summary results: Part 1 [Press release]. Retrieved from <http://cso.ie/en/media/csoie/newsevents/documents/pressreleases/2017/prCensussummarypart1.pdf>
- Corrigan, P.W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest, 15*(2), 37-70.
- Corrigan, P., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M., & Penn D.L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services, 52*(7), 953-958.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., Michaels, P. J., Buchholz, B. A., Rossi, R. D., et al (2015). Diminishing the self-stigma of mental illness by coming out proud. *Psychiatry Research, 229*(1-2), 148-154.
- Corrigan, P.W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rusch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services, 63* (10), 963-973.
- Corrigan, P.W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *The American Psychologist, 54*, 765-776.
- Corrigan, P., River, L., Lundin, R., Penn, D.L., Uphoff-Wasowski, K., & Campion, J., et al. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 27*, 187-195.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry, 1*, 16– 19.
- Crawford, M. J., & Patterson, S. (2007). Arts therapies for people with schizophrenia: An emerging evidence base. *Evidence Based Mental Health, 10*, 69-70.

- Crisp, A.H., Gelder M.G., Rix S., Meltzer H.I., Rowlands O.J. (2000). Stigmatization of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Department for Health (2015). Connecting for life: Ireland's national strategy *to reduce suicide 2015-2020*. Dublin: Department of Health.
- Dunne, S., MacGabhann, L., Amering, M., & McGowan, P. (2018). "Making people aware and taking the stigma away": Alleviating stigma and discrimination through Triologue. *Irish Journal of Applied Social Sciences*, 18(1), 15-28.
- Eurostat (2017). Hospital discharges and length of stay statistics. Retrieved on April 25th, 2018 from <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained>
- Fulginiti, A., Pahwa, R., Frey, L. M., Rice, E., & Brekke, J. S. (2016). What factors influence the decision to share suicidal thoughts? A multilevel social network analysis of disclosure among individuals with serious mental illness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46, 398-412.
- Gaebel, W., Baumann, A. E., & Zaska, H. (2005). Intervening in a multi-level network: Progress of the German Open the Doors projects. *World Psychiatry*, 4, 16-20.
- Griffiths, K. M., Carron-Arthur, B., Parsons, A., & Reid, R. (2014). Effectiveness of programs for reducing stigma associated with mental disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 13(2), 161-175.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., CDBE2010Study Group (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 718-779.
- Hagiwara, G., Iwatsuki, T., Isogai, H., Van Raalte, J. L., & Brewer, B. W. (2017). Relationships among sports helplessness, depression, and social support in American college student-athletes. *Journal of Physical Education and Sport*, 17, 753-757.
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, public health programs. *American Journal of Public Health*, 103, 777-780.
- Henderson, C., & Thornicroft, G. (2016). Public knowledge, attitudes, social distance and reported contact regarding people with mental illness 2009-2015. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134 (Suppl. 446), 23-33.
- Jorm, A.F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychology*, 67, 231-243.
- Kaminski, P., & Harry, C. (1999). From stigma to strategy. *Nursing Standard*, 13 (38), 36-40.
- Kelly, B. D. (2017). Are we finally making progress with suicide and self-harm? An overview of the history, epidemiology and evidence for prevention. [Electronic version ahead of print] *Irish Journal of Psychological Medicine*. Retrieved on September 2nd, 2017 from URL homepage journal <https://www.cambridge.org/core/journals/irish-journal-of-psychological-medicine/article/are-we-finally-making-progress-with-suicide-and-selfharm-an-overview-of-the-history-epidemiology-and-evidence-for-prevention/3BE13A8671E9A38A03982EC4390A2664/core-reader>
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Link, B.G. (2001). Stigma: Many mechanisms require multifaceted responses. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10, 8-11.
- Mammen, G., & Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: A systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 45, 649-657.

- Mickevicius, H., Blazys, V., Migaliova, D., Lukosaityte, R., & Puras, D. (2005). *Human rights monitoring in close mental health care institutions: Project Report*. Vilnius.
- Mittal, D., Sullivan, G., Chekuri, L., Allee, E., & Corrigan, P. W. (2012). Empirical studies of self-stigma reduction strategies: A critical review of the literature. *Psychiatric Services, 63*, 974-981.
- Morrison, A. P., Birchwood, M., Pyle, M., Flach, C., Stewart, S.L., Byrne, R., Patterson, P., Jones, P.B., Fowler, D., Gumley, A.L., & French, P. (2013). Impact of cognitive therapy on internalised stigma in people with at-risk mental states. *British Journal of Psychiatry, 203*, 140-145.
- Muiznieks, N. (2017). *Report following visit to Lithuania from 5 to 9 December 2016*. Strasbourg, Council of Europe.
- Murauskiene, L., Janoniene, R., Veniute, M., van Ginneken, E., & Karanikolos, M. (2013). Lithuania: Health system review. *Health Systems in Transition, 15*(2), 1-150.
- National Office for Suicide Prevention (NOSP) (2017). *Annual report 2016*. National Office for Suicide Prevention / Health Service Executive: Dublin.
- Pescosolido, B.A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). A disease like any other? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry, 167*, 1321-1330.
- Pettigrew, T.F. (1998). Intergroup contact theory. *Annual Review of Psychology, 49*, 65-85.
- Pettigrew, T.F., & Tropp, L.R. (2005). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology, 90*, 751-783.
- Phillips, M.R. (2010). Rethinking the role of mental illness in suicide. *The American Journal of Psychiatry, 167*, 731-733.
- Pinfold, V., Thornicroft, G., Huxley, P., & Farmer, P. (2005). Active ingredients in anti-stigma programmes in mental health. *International Review of Psychiatry, 17*, 123-131.
- Puras, D. (2005). Mental health in Lithuania. *International Psychiatry, 10*, 12-14.
- Puras, D., Germanavicius, A., Povilaitis, R., Veniute, M., & Jsailionis, D. (2004). Lithuania mental health country profile. *International Review of Psychiatry, 16*(1-2), 117-125.
- Quinn, N., Shulman, A., Knifton, L., & Byrne, P. (2011). The impact of a national mental health arts and film festival on stigma and recovery. *Acta Psychiatry Scandinavia, 123*, 71-81.
- Richards, J., Jiang, X., Kelly, P., Chau, J., Bauman, A., & Ding, D. (2015). Don't worry, be happy: Cross-sectional associations between physical activity and happiness in 15 European countries. *Biomed Central Public Health, 15*:53. DOI 10.1186/s12889-015-1391-4.
- Rushe, N., Zlati, A., Black, G., & Thornicroft, G. (2014). Does the stigma of mental illness contribute to suicidality? *The British Journal of Psychiatry, 205*, 257-259.
- Seimo of The Republic of Lithuania (2007). *National Mental Health Strategy of the Republic of Lithuania*. Retrieved on April 25th, 2018 from <https://www.e-tar.lt/portal/lt/legalAct/TAR.FB9ED006276A>
- Statistics Lithuania (2018). *Resident population by age group by county and municipality*. Retrieved on April 25th, 2018 from <https://osp.stat.gov.lt/gyventojai1>
- St Patrick's Mental Health Services (October 7th, 2017). Mental Health Survey Reveals Extent and Effects of Stigma. Retrieved April 12th, 2018 from <https://www.stpatricks.ie/media-centre/news/2017/october/mental-health-survey-reveals-extent-and-effects-of-stigma>.

- The Economist Intelligence Unit (2014). *Mental health and integration. Provision for supporting people with mental illness: A comparison of 30 European countries*. London: The Economist Intelligence Unit.
- Thornicroft, G. (2007). Most people with mental illness are not treated. *Lancet*, 370, 807-808.
- Thornicroft, G., Huxley, P., & Farmer, P. (2005). Active Ingredients in Anti-Stigma Programmes in Mental Health. *International Review of Psychiatry*, 17(2), 123-131.
- Tsang, H. W. H., Ching, S. C., Tang, K. H., Lam, H. T., Law, P. Y. Y., & Wan, C. N. (2016). Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 173, 45-53.
- Twardzicki, M. (2008). Challenging stigma around mental illness and promoting social inclusion using the performing arts. *The Journal for the Royal Society for Public Health*, 128, 68-72.
- UN Human Rights Council (6-23 June, 2017). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. Retrieved November on 25th, 2017, from <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/G1707604.pdf>.
- Van Vohen, R. (2013). *Psychiatry as a tool for coercion in post-Soviet countries*. European Parliament. Retrieved on April 12th, 2018, from <http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies.do?language=EN>
- Watson, A.C., Corrigan, P., Larson, J.E., & Sells, M. (2007). Self-Stigma in People With Mental Illness. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1312–1318.
- World Health Organisation Regional Office for Europe (2013). *The European Mental Health Action Plan*. Retrieved from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf?ua=1
- World Health Organisation (2014a). *Mental health: A state of wellbeing*. Retrieved on April 23rd, 2017 from http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en
- World Health Organisation (2014b). *Preventing Suicide: A Global Imperative*. World health Organisation: Geneva.
- World Health Organisation (2015). *Disease burden estimates*. Retrieved on April 23rd, 2017 from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html
- World Health Organisation (2017a). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organisation (2017b). *Suicide Data*. Geneva: World health Organisation.
- Xu, Z., Huang, F., Kusters, M., & Rusch, N. (2017). Challenging mental health related stigma in China: Systematic review and meta-analysis. II. Interventions among people with mental illness. *Psychiatry Research*, 255, 457-464.
- Yang, L. H. (2007). Application of mental illness stigma theory to Chinese societies: Synthesis and new directions. *Singapore Medical Journal*, 48, 977-985.

07 Affrontare lo stigma attraverso lo sport: il ruolo delle autorità locali

AUTORE:

Roi Kinti, Dr. Of Sociology, Directorate of Social Policy and Health of the Municipality of Galatsi



INTRODUZIONE

Il presente documento di approfondimento intende: a) dimostrare come lo sport può svolgere un ruolo nella promozione della salute mentale e b) contribuire a cambiare il modo in cui le malattie mentali vengono percepite dalle autorità locali. L'obiettivo principale è dimostrare che eventi ed iniziative sportive promosse dalle autorità locali possono stabilire un legame forte e concreto tra salute mentale e sport.

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

Attraverso una revisione bibliografica, il presente documento di approfondimento intende evidenziare l'utilità dello sport nella prevenzione e nell'eliminazione dello stigma legato alle persone affette da malattie mentali. Il documento si conclude con una serie di esempi di eventi sportivi ed iniziative, che potrebbero essere promossi localmente. Tali azioni si inseriscono nella sfera d'azione istituzionale delle amministrazioni pubbliche locali e si basano sui vantaggi che quest'ultime possono offrire ai cittadini, in termini di strutture e dei servizi.

Stigma e malattie mentali: definizione

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, i disturbi mentali comprendono un'ampia gamma di disagi, con sintomi differenti. Tuttavia, i disturbi mentali sono caratterizzati da una combinazione di pensieri, emozioni, comportamenti e relazioni con gli altri che trascendono la normalità. I disturbi mentali più comuni sono schizofrenia, depressione, disabilità intellettive e disturbi da abuso di sostanze. Diversi studi epidemiologici hanno dimostrato che nel mondo, una persona su quattro soffre di disturbi mentali o neurologici nell'arco della sua vita, e circa 450 milioni di persone attualmente soffrono di malattie mentali (OMS, 2001). Nello specifico, si stima che su scala globale, 121 milioni di persone soffrano di depressione e 24 milioni di schizofrenia. Da un lato, il numero crescente di persone affette da malattie mentali è il principale indicatore per il riconoscimento dell'importanza della salute mentale; d'altra parte, le conseguenze sociali dello stigma verso i pazienti affetti da problemi di salute mentale, determinano un onere rilevante per i bilanci della sanità pubblica degli paesi.

Le malattie mentali comprendono una serie di sintomi comportamentali ed emotivi del paziente, caratterizzati da rappresentazioni collettive negative. L'approccio medico alla malattia mentale nasce in Occidente, durante il tardo Medioevo. La repressione dell'irrazionalità (definita da Foucault come un insieme di manifestazioni socialmente provocatorie, in cui sono compresi anche i disturbi mentali) si concretizza in un'epoca razionale, con il fine di proteggere la famiglia e l'identità collettiva dalla minaccia simbolica della "pazzia". Lo stigma verso la malattia mentale è un processo complesso che si sviluppa all'interno delle interazioni umane e delle dinamiche delle relazioni sociali. La ricerca spasmodica per l'uniformità e la purezza della società, conduce all'emarginazione dei malati di mente, una condizione che a sua volta crea pregiudizi sulla malattia stessa e sul processo di recupero. Lo stigma, come definito da Goffman (2011), riguarda innanzitutto le relazioni sociali e solo secondariamente, le caratteristiche naturali. Nello studio sui modi in cui lo stigma colpisce la vita dei pazienti affetti da schizofrenia in Germania, Schulze e Angermeyer (2003) hanno identificato quattro dimensioni dello stigma, che sono correlate: a) alle relazioni interpersonali del paziente, solitamente con contatti personali molto limitati, b) alle percezioni sociali verso la malattia mentale, così come proiettate attraverso media e film, c) alle normative legali che riguardano la malattia, le strutture e i servizi sociali forniti, e d) all'accesso del paziente ai ruoli sociali, come quello di professionista o di marito.

Un fattore cruciale per la de-stigmatizzazione dei malati mentali è la distinzione tra auto-stigmatizzazione e stigma sociale. La prima si riferisce alle esperienze e percezioni personali del paziente stesso, che possono provocare l'insorgere di attributi stigmatizzanti e caratteristiche stereotipate. Queste persone, solitamente, si percepiscono quali membri di minore valore della società, una percezione che provoca sentimenti di vergogna e di discriminazione, una diminuzione della funzionalità ed un aumento dei sentimenti negativi (Corrigan, Druss & Perlick, 2014). D'altra parte, lo stigma sociale comprende una combinazione di pericolosità percepita e distanza sociale (Zartaloudi e Madianos, 2010).

I risultati della ricerca convergono nell'affermare che lo stigma è un fattore cruciale per la vita del paziente. L'isolamento sociale deteriora lo stato psicologico del paziente, già fortemente provato dalla malattia. La discriminazione, che in molti casi costituisce un'esagerazione nella rappresentazione della malattia mentale da parte dei media ed il collegamento immediato tra salute mentale e casi di violenza interpersonale (Sukel, 2016), esacerbano l'auto-stigmatizzazione del paziente, risultando nella sua esclusione dalla vita sociale (Byrne, 2000).

Definizione di Sport

All'inizio del XIX secolo, Max Weber nel suo lavoro "L' Etica protestante e lo spirito del capitalismo" tentò di collegare l'esercizio fisico con la società razionale, la logica che scarta il piacere istintivo della vita attraverso scelte spensierate di intrattenimento e di sport (Weber, 1997) . Durante il dopoguerra, lo sviluppo del tempo libero e, successivamente, dell'intrattenimento, è alla base dell'aumento dell'interesse dei cittadini per gli eventi sportivi. Oggi, nell'era moderna, caratterizzata da una vita quotidiana frenetica, le persone ricorrono all'attività fisica ed allo sport, come mezzo, scientificamente documentato, di miglioramento della propria salute fisica e mentale.

Il Consiglio d' Europa definisce lo sport come: "qualsiasi forma di attività fisica che, mediante una partecipazione organizzata o meno, abbia come obiettivo il miglioramento delle condizioni fisiche e psichiche, lo sviluppo delle relazioni sociali o il conseguimento di risultati nel corso di competizioni a tutti i livelli"¹. Pertanto, lo sport è qualcosa di più dell'esercizio fisico e l'opportunità di partecipare e praticare lo sport e l'attività fisica è un

¹ Libro bianco sullo sport, {SEC(2007) 932} {SEC(2007) 934} {SEC(2007) 935} {SEC(2007) 936} /COM/2007/0391final, disponibile al seguente link: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52007DC0391>

diritto umano. Lo sport è assunto come mezzo per promuovere la coesione sociale e l'inclusione. Nel 2002, Kofi Annan, in qualità di Segretario Generale delle Nazioni Unite, ha sottolineato: "Lo sport può giocare un ruolo importante per il miglioramento delle condizioni di vita di ciascuno. E non di ciascuno considerato individualmente, ma dell'intera società. Sono convinto che sia il momento giusto per lavorare su questa prospettiva, per incoraggiare i governi, le agenzie di sviluppo e le comunità a pensare a come lo sport possa essere incluso ... in contrasto a povertà, malattie e conflitti "(Ireland-Piper & Weinert, 2014).

La famosa risposta di Talete di Mileto "sano nel corpo, ricco nell'anima e nell'indole ben educato" alla domanda su ci fosse l'individuo più felice, conferma numerosi studi che rilevano riduzioni significative nei livelli di stress e di depressione nei soggetti che partecipano a programmi di esercizio fisico, rispetto alle persone che ricevono cure farmacologiche (Wipfli, Rethorst & Landers, 2008). La meta-analisi di 105 studi condotti dal 1980 al 2008, ha rilevato che il frequente impegno in attività aerobica influenza positivamente l'umore (Reed & Buck, 2009). Secondo Raglin e Wilson (2012), durante l'esercizio fisico, il cambiamento nella temperatura corporea è causato dall'aumentata attività nervosa centrale e periferica del cervello e dalla riduzione dell'espansione muscolare, fattori che migliorano l'umore della persona. Durante l'attività fisica, sono interessati gli ormoni della dopamina, della norepinefrina, dell'epinefrina e della serotonina, ormoni usati nel trattamento contro la depressione e la schizofrenia. Tali ormoni incrementano anche il rilascio di endorfine, caratterizzate da oppioidi naturali che fungono da riduttori del dolore.

I risultati della ricerca evidenziano che il contatto diretto e personale tra una popolazione sana e membri di un gruppo che stanno vivendo una stigmatizzazione sociale, sia una pratica promettente (Pettigrew & Tropp, 2006). E' stato notato che l'attività fisica può essere efficace quanto i farmaci nel trattamento dell'ansia e della depressione e che costituisce uno strumento per il miglioramento della fiducia e dell'autostima. Inoltre, l'esercizio regolare può ridurre di quasi un terzo il rischio di sviluppare la demenza, potenziando la funzione cognitiva del cervello e migliorando la memoria (Rendi et al, 2008). Alcuni studi rilevano l'impatto positivo dell'esercizio fisico sulle persone che soffrono di depressione e, in misura minore, su coloro che soffrono di schizofrenia (Friedrich,

2017). Ulteriori risultati scientifici supportano l'impatto positivo del calcio sui bisogni psicosociali dei pazienti affetti da disagi mentali (Darongkamas e altri, 2011).

Oltre agli effetti positivi dell'esercizio fisico sulla salute mentale e sul benessere delle persone, la letteratura mostra l'importante funzione sociale ed emotiva dello sport. Le attività sportive organizzate rappresentano un'area sociale estremamente complessa, a cui le persone partecipano. Le attività sportive per il tempo libero o in alternativa le attività di "ricreazione attiva" mirano al rilassamento, alla salute, al benessere o al divertimento². Lo sport "tradizionale" ha anche un'importanza cruciale, fornendo regole operative formalizzate. Lo sport rinvigorisce il corpo e garantisce il benessere e la salute dell'individuo. Riesce ad attivare le potenzialità mentali latenti dell'individuo, mobilita il suo "capitale mentale" e crea relazioni sociali e spirito di squadra. L'esercizio sistematico si basa sul raggiungimento di obiettivi, sulla gestione della vittoria e della sconfitta collettiva e fornisce opportunità per l'utilizzo del tempo libero ed alternative sane alla solitudine e all'introversione.

Tuttavia, alcuni studi raccomandano attività fisica di media intensità per i pazienti affetti da malattie mentali, poiché le evidenze dimostrano che lo sport competitivo può gravare sulla salute mentale del paziente, innescando fattori che causano ansia (Bauman, 2016). Tali fattori risultano essere: la pressione per il successo, le ore di allenamento prolungate, l'allontanamento del paziente dalla sua casa e dalla sua famiglia, l'effetto emotivo negativo di lesioni/infortuni ed altre problematiche di relazione interpersonale (Wiese-Bjornstal, 2010).

² Secondo il "National Sport and Active Recreation Policy Framework" – Australia.

IL RUOLO DELLE AUTORITA' LOCALI NELL'AFFRONTARE LO STIGMA

Le informazioni disponibili confermano l'importanza delle iniziative locali e nazionali per ridurre i pregiudizi nei confronti delle persone che hanno problemi di salute mentale. Il miglioramento del benessere delle persone con problemi di salute mentale include la messa a disposizione di trattamenti efficaci ed interventi sociali basati su programmi di impiego; attività di consulenza per sostenere la famiglia del paziente, così come programmi educativi pubblici rivolti alla popolazione generale o targettizzati a gruppi specifici, come ad esempio gli studenti. Un altro modo per ridurre lo stigma e supportare le persone che soffrono di problemi di salute mentale è promuovere la loro partecipazione alle attività sportive. La lotta allo stigma, inoltre, trova il suo fondamento nei diritti dei pazienti, garantiti a livello nazionale e sulla base di risoluzioni, decisioni e patti internazionali di interesse generale per la protezione dei diritti umani³.

Secondo la Convenzione delle Nazioni Unite, le persone con disabilità sono coloro che soffrono di disabilità fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali a lungo termine, che ostacolano la loro effettiva partecipazione alla società, conformemente al principio di uguaglianza. L'Europa, ed in particolare la Carta dei diritti fondamentali dell'UE, proibisce ogni forma di discriminazione fondata sulla disabilità (articolo 21), mentre riconosce il diritto dei disabili di beneficiare di misure volte ad assicurare, tra l'altro, la loro partecipazione alla vita sociale (Articolo 26).

Il presente documento di approfondimento è stata realizzato attraverso la raccolta di informazioni dal web e la revisione della letteratura recente, concludendosi con la descrizione di azioni e strategie rivolte a persone che hanno problemi di salute mentale. Tali attività e strategie sono attuate dalle amministrazione locali o progettate dall'amministrazione centrale dello stato sotto forma di piani d'azione nazionali, campagne

³ Indicativamente, si menzionano I seguenti: a) Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (10/12/1948), b) Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (19/12/1966), così come altri testi internazionali, quali c) Dichiarazione delle Hawaii / II, d) *Regulation Proposal R 83/2 for the Protection of Persons suffering from Mental Disorder and placed as Involuntary Patients which was accepted by the Committee of Ministers of the Council of Europe (22/02/1983)*, e) Dichiarazione sui Diritti e sulla Protezione Legale dei Pazienti dei servizi di Salute Mentale (17/10/1989), f) *Recommendation 1235 of the Parliamentary Plenary of the Council of Europe (12/04/1994)*, g) Dichiarazione di Madrid sugli Standard Etici per le Pratiche Psichiatriche (25/08/1996), h) Risoluzione del Consiglio dell'Unione Europea sulla promozione della salute mentale (18/11/1999), i) Libro Bianco sulla protezione dei diritti umani e della dignità delle persone affette da disagi mentali, in particolare quelle inserite non volontariamente presso strutture psichiatriche j) Raccomandazione del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa sulla protezione dei diritti umani e la dignità delle persone con disordini mentali(22/09/2004).

di sensibilizzazione, pianificazione di attività sportive, organizzazione di eventi sportivi, redazione di direttive nazionali, ecc.

Un esempio interessante è quello del governo dell'Irlanda del Nord, che attraverso la stesura di Piani di Azione Nazionali⁴ mette in campo uno sforzo costante e persistente nel promuovere la salute mentale della popolazione, l'inclusione sociale dei malati di mente e l'eliminazione dello stigma sociale. Nel 2008, il governo scozzese, ha pubblicato un documento di orientamento⁵, che contiene delle linee guida per il miglioramento della salute fisica e del benessere delle persone che soffrono di malattie mentali, nonché il Documento sulla politica di salute mentale per la Scozia, "Towards a Mentally Flourishing Scotland: Policy and Action Plan 2009-2011"⁶, in cui viene esplicitamente affermato l'orientamento delle iniziative del governo verso il miglioramento della condizione fisica dei pazienti dei servizi di salute mentale.

La "Northern Ireland House of Sport" (2017) dell'Irlanda del Nord ed il "National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development" della Nuova Zelanda (2009) propongono diverse iniziative per combattere lo stigma legato alle malattie mentali, enfatizzando l'importanza cruciale della comprensione dei termini per la salute mentale ed il benessere, attraverso programmi di divulgazione e informazione, attività di sensibilizzazione rivolte ai membri delle strutture e delle organizzazioni sportive.

La città di New York ha lanciato un programma globale per migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria mentale e rimuovere gli ostacoli al trattamento, collegati allo stigma. Tre quarti del budget del programma derivano da fondi della città stessa. Il programma, denominato "ThriveNYC"⁷, è stato lanciato ufficialmente a novembre 2015, includendo azioni di prevenzione e di trattamento delle malattie mentali a livello locale, attraverso la cooperazione con 20 servizi pubblici e 54 servizi privati. Le azioni di divulgazione e sensibilizzazione riguardano l'informazione e la formazione degli insegnanti che lavorano nelle scuole materne della città, la progettazione dello screening dei disturbi

⁴ A tal proposito, si faccia riferimento a: a) The Bamford Review of Mental Health and Learning Disability (Northern Ireland). Mental Health Improvement and Well-Being –A Personal, Public and Political Issue, 2007, b) Health, Social Service and Public Safety, 2009, Delivering the Bamford vision. The response of Northern Ireland executive to the Bamford review of mental health and learning disability – Piano di Azione 2009-2011 and 2012-2015.

⁵ Scottish Government, 2008, Mental Health in Scotland: Improving the Physical Health and Well-Being of those Experiencing Mental illness: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2008/11/28152218/16>

⁶ Towards a Mentally Flourishing Scotland: Policy and Action Plan 2009-2011: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2009/05/06154655/0>

⁷ La webpage ufficiale del programma è: <https://thrivenyc.cityofnewyork.us/>

depressivi e la messa a disposizione di servizi di cura per madri e donne incinte. Un'ulteriore azione pianificata è l'assegnazione di 15.000 appartamenti per l'alloggio dei senzatetto che soffrono di disturbi mentali.

Le raccomandazioni ufficiali del "National Institute for Health and Care Excellence (NICE)" inglese rivolte alle persone con depressione lieve o moderata, comprendono la partecipazione a circa tre sessioni di attività sportive ogni settimana, della durata dai 45 minuti fino a un'ora, per un periodo che copre dalle 10 alle 14 settimane. Il professionista di medicina generale dovrebbe fornire assistenza in merito alla forma di attività che meglio si adatta alle esigenze di ciascun paziente. Tuttavia, per la selezione dell'attività adeguata è disponibile per i cittadini la pagina web "Prescription for Exercise"⁸.

Il governo inglese, in collaborazione con la "Sport and Recreation Alliance" ha creato la prima Carta di Salute Mentale per lo Sport⁹ che promuove la salute mentale nei settori dello sport e del tempo libero. Con l'obiettivo di combattere lo stigma, la Carta è stata firmata dalle più grandi organizzazioni sportive del paese. Il governo si è impegnato a coprire parte del finanziamento delle attività previste per un periodo limitato di tempo.

Lo "Sport England" e la "Mental Health Charity Mind¹⁰" collaborano per offrire un programma su larga scala, che mira a migliorare la vita di 75.000 pazienti affetti da depressione ed ansia, attraverso lo sport. Il programma è realizzato in otto aree del paese e prevede gruppi di supporto, sessioni di consulenza e sessioni informative per attivare i pazienti ed introdurre lo sport nelle loro vite. Parte del finanziamento deriva da fonti nazionali.

Nel gennaio 2009, in Inghilterra, le organizzazioni di salute mentale "MIND" e "Rethink" hanno lanciato il programma "Time to Change", il più grande programma nazionale per combattere la stigmatizzazione e la discriminazione legate alla malattia mentale. L'obiettivo principale del programma è la riduzione dello stigma e la facilitazione delle relazioni sociali fra i partecipanti. Una delle iniziative è "Get Moving!", un programma che prevede l'organizzazione di oltre 100 eventi sportivi che si svolgono nell'arco di una settimana nel

⁸ Il Website "Prescription for Exercise" è: <http://prescription4exercise.com/patientpublic/choosing-the-right-activity/>

⁹ The Mental Health Charter for Sport and Recreation: <https://www.sportandrecreation.org.uk/policy/the-mental-health-charter/introduction-to-the-mental-health-charter-for>

¹⁰ Mind, mental health charity: <https://www.mind.org.uk/information-support/tips-for-everyday-living/physical-activity-sport-and-exercise/>

mese di ottobre di ogni anno. Gli eventi sono rivolti sia alle persone che hanno vissuti qualche forma di disturbo mentale, sia al pubblico in generale. I partecipanti si impegnano nell'attività fisica, così come in sport organizzati, come ad esempio tornei di calcio integrati, in cui competono pazienti e non pazienti. In ogni attività, le persone lavorano per raggiungere l'obiettivo comune della vittoria della propria squadra (Londra ed Evans-Lacko, 2010).

Sebbene i sopra documentati casi-studio non forniscano dettagli e informazioni metodologiche sul modo in cui sono state progettate e realizzate le attività, è tuttavia evidente che le amministrazioni locali siano in grado di garantire, attraverso il loro ruolo istituzionale, il valore aggiunto di far conoscere ai cittadini l'esperienza della malattia mentale. Le amministrazioni locali forniscono i servizi sociali e le strutture necessarie e intraprendono, statutariamente, iniziative a beneficio dei malati di mente. Tra gli altri, i servizi forniti riguardano il supporto psico-sociale dei gruppi vulnerabili, compresi i pazienti dei servizi di salute mentale, le informazioni relative ai loro diritti, la creazione di opportunità per la loro attivazione sociale, la progettazione e l'attuazione di azioni per promuovere la loro salute. I comuni possiedono, inoltre, parchi e campi sportivi che possono ospitare programmi sportivi atti all'inclusione di persone con problemi di salute mentale. Tuttavia, non ci sono risultati che affermano che lo stigma nelle società e nelle città sia stato ridotto. Data la portata delle problematiche collegate alla salute mentale, sia per i singoli individui che per la società nel suo insieme, le iniziative delle amministrazioni locali basate su programmi ed azioni aventi lo sport come asse centrale, potrebbero funzionare come strumento di prevenzione e mitigazione dello stigma, e probabilmente anche come misura di trattamento complementare.

CONCLUSIONI/RACCOMANDAZIONI

L'ambizione del presente documento di approfondimento è dimostrare che lo sport e l'esercizio fisico sono strumenti efficaci per combattere lo stigma legato alle malattie mentali. L'esercizio fisico organizzato e lo sport apportano molteplici benefici non solo per coloro che sono coinvolti, in questo caso i pazienti, ma anche per le comunità locali. Le azioni e i programmi, a breve o lungo termine, che sono stati progettati o già realizzati a livello locale e nazionale, mirano a incoraggiare l'inclusione ed il miglioramento dell'autostima dei pazienti. Tali iniziative sono orientate a fornire ai pazienti le capacità ed i

mezzi per il loro empowerment, diversamente dall'intervento medico che si concentra sulle loro "disabilità" (Seligman & Csikszentmihalyi, 2014).

Lo sport non è solo un occasionale momento di rilassamento e divertimento. Lo sport offre l'opportunità di sviluppare una campagna a lungo termine atta a migliorare la comunicazione, la coesistenza e la mobilitazione delle comunità locali per contrastare i fenomeni di stigmatizzazione ed esclusione. Attualmente, la malattia mentale colpisce un cittadino europeo su quattro. Se tale percentuale rimanesse stabile nelle generazioni future, sarà fondamentale, da un lato, intervenire efficacemente per facilitare la vita quotidiana dei pazienti e, dall'altro, diminuire i pregiudizi stigmatizzanti nei loro confronti. Tra l'altro, lo sport potrebbe essere valorizzato anche come mezzo per aumentare i contatti sociali fra le persone con problemi di salute mentale e la popolazione, eliminando eventuali convinzioni e pregiudizi sulla malattia mentale.

Ne deriva la necessità di introdurre lo sport nelle politiche e nei programmi delle amministrazioni locali, con una visione stabile ed a lungo termine. Le crescenti responsabilità delle autorità locali nel settore della salute e del benessere pubblico, creano le basi per poter estendere i servizi, adottando un approccio olistico alla salute mentale. Le autorità locali possono realizzare una serie di iniziative, attraverso la messa a disposizione di impianti sportivi e l'organizzazione di programmi sportivi, eventi sportivi e campagne di sensibilizzazione, basandosi sul modello dello «sport per tutti»¹¹.

Pertanto, lo sviluppo di strategie per affrontare, a livello locale, lo stigma legato alla malattia mentale, risulta essere efficace. Le autorità locali potrebbero svolgere un ruolo molto più decisivo nell'affrontare la stigmatizzazione e la discriminazione verso i pazienti attraverso: a) lo sviluppo di politiche contro lo stigma e l'esclusione sociale delle persone che soffrono di disturbi mentali, b) la programmazione e lo sviluppo di servizi permanenti per incrementare i contatti e le relazioni sociali dei pazienti, c) l'integrazione dell'esperienza della stigmatizzazione nei processi di valutazione e d) il miglioramento della

¹¹ Negli ultimi decenni, sembra che l'orientamento sia verso interventi ed azioni più olistici per la prevenzione della malattia fisica e mentale. La diversità è percepita come una fonte di apprendimento ed accettazione sociale. Più specificamente, i modelli olistici che affrontano i disturbi mentali sembrano efficaci combinando, da un lato, interventi personali mirati e, d'altro, interventi a livello comunitario, utilizzando i fondi della comunità stessa (Kourkoutas, 2008 • Fraser ed altri, 2004 • Hansen, 2000). Inoltre, la ricerca evidenzia risultati positivi nello sviluppo psico sociale ed emotivo dei bambini con disabilità, che frequentano le scuole tradizionali e non scuole speciali (Droatar, 2006 • Kourkoutas, 2008). L'età prescolare viene indicata come l'età più appropriata, in quanto in questa specifica fase, i bambini non hanno formato percezioni stereotipate riguardo alle persone con disabilità (Tafa e Manolitsis, 2003: 156).

cooperazione multidisciplinare per affrontare lo stigma e la discriminazione (Gormley & Quinn, 2009).

Lo spazio della comunità locale, caratterizzato dall'immediatezza delle relazioni personali e dalla contiguità di infrastrutture ed aree sportive, fornisce le condizioni ideali per avvicinare i cittadini all'esperienza della malattia mentale e aumentare la comunicazione con i pazienti stessi. I contatti frequenti e la conoscenza facilitano il cambiamento nelle convinzioni delle persone rispetto alla "persona malata di mente pericolosa" o la connessione tra malattia mentale e comportamento deviante.

La definizione di una strategia per combattere lo stigma dovrebbe prendere in considerazione e promuovere i seguenti elementi:

- Una delle strategie per combattere lo stigma è la formazione e l'informazione della cittadinanza. Attraverso azioni di informazione e sensibilizzazione della popolazione, si potrebbero eliminare i pregiudizi riguardanti la malattia mentale, gli stereotipi sui "pericolosi malati di mente", portando all'eliminazione di false convinzioni sulle incapacità del paziente e di pregiudizi che demonizzano il paziente affetto da malattia mentale.
- La partecipazione ed il rilassamento attraverso lo sport potrebbero essere un modo per trasformare l'introversione interna del paziente in creatività. Le strutture sportive locali possono favorire l'aumento delle relazioni sociali, migliorando lo sviluppo personale del paziente ed, allo stesso tempo, favorendo la coesione sociale.

Più specificamente, vengono proposte tre linee di azione che le autorità locali potrebbero sostenere:

1. Garantire, a livello locale, il supporto alle persone che hanno problemi di salute mentale, migliorando le loro capacità e relazioni sociali mediante l'esercizio fisico e lo sport. Introdurre un approccio olistico per affrontare la malattia mentale, che si sostanzia nella creazione e messa a disposizione di strutture che rispondono ai molteplici bisogni dei cittadini che soffrono di disturbi mentali.
2. Combattere l'auto-stigma.
3. Combattere lo stigma e la discriminazione nei confronti delle persone affette da malattie mentali.

Un pre-requisito affinché queste iniziative contro lo stigma possano avere successo, riguarda l'introduzione di pratiche anti-stigmatizzazione nei vari settori. Le linee d'azione di

cui sopra, potrebbero essere declinate in misure e iniziative concrete. Indicativamente, si suggeriscono le seguenti:

1. Un'indagine preliminare sull'opinione della popolazione locale rispetto alle malattie mentali. Tale azione deve precedere necessariamente qualsiasi altra iniziativa, al fine di porre le basi per la creazione di una struttura sportiva e per la partecipazione delle persone affette da malati di mente in attività specifiche.
2. La creazione di strutture sportive adeguatamente organizzate e spazi definiti di libero accesso, come parchi, spazi verdi appositamente adattati per camminare, piste ciclabili e palestre all'aperto, che possano offrire una varietà di attività sportive adatte alle capacità ed alle preferenze dei pazienti dei servizi di salute mentale. Esercizio aerobico, potenziamento muscolare, tecniche di rilassamento, esercizi di respirazione, esercizi di equilibrio, danza e camminate possono essere scelte di carattere non competitivo. Durante la loro esecuzione, le persone possono controllarne l'intensità ed il ritmo; sono, inoltre, attività che promuovono l'inclusione e l'integrazione sociale, non differenziandosi da quelle a cui ogni altra persona interessata può accedere.
3. Lo sviluppo di programmi di informazione che rispondano alle esigenze e alle specificità dei pazienti, specificatamente rivolti ai cittadini ed agli utenti delle strutture e delle organizzazioni sportive della zona.
4. Reclutamento di personale appositamente qualificato nelle strutture sportive (ad esempio, formatori, medici, terapisti, psicologi), che possono, da un lato, progettare e realizzare programmi di allenamento e dall'altro, organizzare gruppi aperti di auto-aiuto, gruppi di discussione ed ogni altro trattamento idoneo a mantenere ed aumentare il livello funzionale e l'indipendenza di ogni persona partecipante alle attività sportive.

La simultanea creazione di "gruppi di trattamento" e squadre sportive, sembra essere un'estensione essenziale dell'aiuto sociale necessario per il paziente dei servizi di salute mentale. I gruppi di auto-aiuto saranno il punto di riferimento e di connessione del paziente con le altre unità specializzate per il trattamento dei disturbi mentali. Lo stigma, come già descritto, riduce l'autostima del paziente e ostacola la sua partecipazione al trattamento (Corrigan, 2004).

Although available literature scientifically confirms that sporting interventions improve physical well-being, social and emotional well-being and social inclusion of a person with mental health problems, the following issues remain to be researched:

Sebbene la letteratura disponibile confermi scientificamente che gli interventi sportivi migliorano il benessere fisico, sociale ed emotivo e l'inclusione delle persone con problemi di salute mentale, le seguenti questioni dovrebbero essere oggetto di ulteriori ricerche:

- Quale attività sportiva o quale sport è più adatto a ciascuna malattia mentale?
- Per quanto a lungo e con quale frequenza il paziente può beneficiare della sua partecipazione ad un gruppo o ad attività individuali e in quali condizioni?
- Quali sono i benefici più rilevanti, a lungo termine per il paziente?
- Valutazione dell'impatto e dell'utilità degli interventi, come spiegato precedentemente, e principi metodologici di intervento su cui basarsi.
- Cosa si può fare per eliminare lo stigma legato a malattia mentale ed eventuali pratiche di applicazione?

In conclusione, possiamo ragionevolmente presumere che il finanziamento costante di attività sportive a beneficio delle persone affette da problemi di salute mentale, garantisce un impatto positivo a lungo termine dei servizi, garantendone la qualità.

Riferimenti Bibliografici

- Bauman, N. J. (2016). The stigma of mental health in athletes: Are mental toughness and mental health seen as contradictory in elite sport? *British Journal of Sports Medicine*, 50(3), 135-136.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 65-72.
- Corrigan, P., Druss, B., & Perlick, D. (2014). The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychological Science in the Public Interest*, 15, 37-70. Disponibile al seguente link: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1529100614531398>.
- Corrigan, P. (2004). How stigmas interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59 (7), 614-625. Disponibile al seguente link: <http://und.edu/health-wellness/healthy-und/how-stigma-interferes-with-mental-health-care-kay.pdf>.
- Drotar, D. (2006). *Psychological Interventions in Childhood Chronic Illness*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Fraser, M.W., Kirby, L.D. & Smokowski, P.R. (2004). Risk and resilience in childhood. In M.W. Fraser (Ed.), *Risk and Resilience in Childhood. An Ecological perspective*, (pp.13-66). Washington, DC: NAWS Press.
- Friedrich, B. (2017). What is the score? A review of football-based public mental health interventions. *Journal of Public Mental Health*, 16 (4), from Emerald Publishing Limited. Disponibile al seguente link: <https://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/JPMH-03-2017-0011>.
- Goffman, E. (2001). *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. Athens: Alexandria.
- Gormley, D., Quinn, N., (2009), Mental Health Stigma and Discrimination: The Experience Within Social Work, Practice. *Social Work in Action Volume*, 21 (4), 259-272.
- Hansen, M. (2002). The need for competence in children's public mental health services. In D.T. Marsh., M.A. Fristad (Eds.), *Handbook of serious emotional disturbance in children and adolescents* (pp. 93-111). New York: John Wiley Sons.
- Ireland-Piper, D., Weinert, K. (2014). Is there a 'Right' to sport?". *Sorts Law eJourn.* Disponibile al seguente link: <http://epublications.bond.edu.au/slej/21>.
- Kourkoutas, I. (2008). From "Exclusion to psychopedagogy of inclusion": Reflections and prospects in relation to inclusion and coeducation of children with particular difficulties. *Skepsy* (1): 79-120. Disponibile al seguente link: <https://sites.google.com/a/aigaion.org/skepsy/home/teuche-periodikou/teuchos-1>
- London, J., Evans-Lacko, S. E. (2010). Challenging mental health-related stigma through social contact. *European Journal of Public Health*, 20 (2), 130-131. Disponibile al seguente link: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq014>
- Mental Health and Wellbeing Interventions in Sport: A Review and Recommendations. (2017). Sport Northern Ireland House of Sport. Disponibile al seguente link: <http://www.sportni.net/sportni/wp-content/uploads/2017/03/Mental-Health-Report-Final.pdf>.
- National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development New Zealand. (2009). Challenging stigma and discrimination Essential level learning module. Disponibile al seguente link: <https://www.tepou.co.nz/uploads/files/resource-assets/Lets-Get-Real-Challenging-Stigma-and-Discrimination-Essential-Level-Learning-Module.pdf>

- Pettigrew, TF., Tropp, LR., A. (2006). Meta-analytic test of intergroup contact theory. *J Pers Soc Psychol*, 90, 751-83.
- Rendi, M., Szabo, A., Szabo, T., Velenczei, A., Kovacs, A. (2008). Psychological benefits of aerobic exercise. *Psychology, Health and Medicine*, 13(2), 180-184.
- Seligman, M.E., Csikszentmihalyi, M. (2014). Positive psychology: an introduction. *Flow and the Foundations of Positive Psychology*, Springer Netherlands, 279-298.
- Schulze, B. Angermeyer, M.C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizo phrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56, 299-312.
- Sukel, K. (2016). Mental Illness, Violence, and Stigma: The Need for Accuracy in the Media. Disponibile al seguente link: <http://www.brainfacts.org/diseases-and-disorders/mental-health/2016/mental-illness-violence-and-stigma-the-need-for-accuracy-in-the-media-091516>.
- Tafa, E., Manolitsis, G. (2003). Attitudes of Greek parents of typically developing kindergarten children towards inclusive education. *European journal of special needs education* (2), 155-171.
- Weber, M. (1997). The protestant ethic and the spirit of capitalism. Athens: Gutendeg.
- WHO, (2001). The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope.
- Wiese-Bjornstal, D. M. (2010). Psychology and socio-culture affect injury risk, response, and recovery in high-intensity athletes: A consensus statement. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20 (s2), 103-111.
- Zartaloudi, A., Madianos, M. (2010). Stigma Related To Help-Seeking From A Mental Health Professional. *Health Science Journal*, 4(2), 77-83.

08 Vita attiva e salute mentale: partnership sociale tra settore pubblico e settore privato

AUTORI:

Nicola Daley, Chief Executive Officer, Merseyside Expanding Horizons

Stacey Robinson, Psychologist, Merseyside Expanding Horizons

Cinzia Miatto, Researcher, Merseyside Expanding Horizons



INTRODUZIONE

Una riduzione delle risorse del settore pubblico è, attualmente, evidente sia per la sanità (e la salute mentale) che per i servizi sportivi (attività fisica / tempo libero) (The Moray Council). La necessità di sviluppare partenariati tra il settore pubblico e quello privato diventa, quindi, sempre più importante. Considerando il crescente numero di persone affette da problemi di salute mentale, vi è la necessità pressante di sviluppare iniziative intersettoriali, aumentare la consapevolezza e fornire risposte efficaci sia per la prevenzione ed il trattamento dei pazienti dei servizi di salute mentale.

"Sulla base di una revisione bibliografica e di statistiche di diversi paesi dell'Unione Europea (Islanda, Norvegia e Svizzera), quasi il 27% della popolazione adulta (18-65 anni) ha sperimentato almeno un disturbo mentale nell'anno scorso (ciò include problemi derivanti dall'uso di sostanze, psicosi, depressione, ansia e disturbi alimentari) "(Organizzazione mondiale della sanità, 2017).

Il presente documento di approfondimento ha l'obiettivo di descrivere i benefici derivanti dalla realizzazione di partenariati pubblico e privato in linea generale e, specificatamente, nei settori dello sport e della salute mentale. Sono stati presi in esame l'esistenza di partenariati pubblico-privato, è fornita una descrizione approfondita delle questioni

rilevanti ed è illustrato come un'implementazione responsabile di tali partenariati possa essere di beneficio per tutte le parti coinvolte.

Il focus è la discussione di esperienze di ricerca, di sviluppo, di implementazione e valutazione di partenariati pubblico-privato e di come questi possano essere realizzati nel campo della salute mentale e dello sport (stili di vita attivi).

Il presente documento intende dimostrare come i partenariati pubblico-privato possano ampliare la partecipazione, fornire risorse, migliorare l'efficienza e consentire l'accesso e la condivisione di competenze, nonché aumentare la consapevolezza e abbattere gli ostacoli all'esclusione. Fornisce inoltre raccomandazioni su come sviluppare e sostenere partenariati pubblico-privato e attuare programmi per promuovere uno stile di vita attivo, come mezzo per migliorare la salute mentale in tutti i settori della comunità, come misura preventiva per i gruppi vulnerabili a rischio di malattia mentale e come trattamento per coloro che hanno avuto un'esperienza di problemi di salute mentale.

PERCHE' I PARTENARIATI SOCIALI SONO così IMPORTANTI?

In considerazione che i servizi pubblici sono stati razionalizzati, è evidente che siano necessarie risposte innovative e mirate ai problemi di salute della comunità. La collaborazione tra i servizi pubblici, privati, il terzo settore ed i professionisti sta riscontrando un riconoscimento sempre più ampio, come soluzione per ridurre le duplicazioni, essere più efficace in termini di costi, ridurre al minimo le carenze nell'offerta e raggiungere gruppi più difficili da coinvolgere. "C'è una tendenza sempre crescente a sviluppare cooperazioni collaborative in attività legate alla salute" (Alexander ed altri, 2001).

L'Employment Support Allowance (ESA) (2010) definisce i partenariati pubblico-privati (PPP) come "contratti complessi a lungo termine tra due unità, una delle quali è normalmente una società (o un gruppo di società, private o pubbliche) chiamato operatore o partner e l'altro, normalmente, un'unità governativa denominata appaltante; i PPP implicano una significativa spesa in conto capitale da parte della società, per creare o rinnovare e gestire attività stabilite per produrre e fornire servizi all'unità governativa o al pubblico in generale, per conto dell'unità pubblica".

Negli ultimi anni, in tutta Europa, sono state stabilite diverse partnership per la salute mentale nel tentativo di ridurre lo stigma, aumentare la consapevolezza ed essere più reattivi (Evans-Lacko et al, 2014). Tali partnership riuniscono persone con differenti

esperienze e prospettive ed offrono la possibilità di individuare soluzioni innovative e meccanismi più efficaci di prevenzione e trattamento.

Vi è un crescente investimento nella creazione di collaborazioni tra servizi e settori differenti, inclusa la salute mentale, a dimostrazione del fatto che i finanziatori ed i decisori politici riconoscono che i partenariati sono in grado di sviluppare approcci efficaci per affrontare i problemi. "I partenariati collaborativi sono una strategia promettente per coinvolgere persone ed organizzazioni nello scopo comune di affrontare problemi legati alla salute e al benessere dalla comunità" (Roussos & Fawcett, 2000)

Sebbene i partenariati siano stabiliti, gestiti ed organizzati in diversi modi, hanno in comune la consapevolezza sottostante che nella società attuale, la maggior parte delle iniziative relative alla salute non possano essere progettate e realizzate da un singolo organismo o organizzazione. Mettendo insieme le competenze e le risorse complementari di professionisti, utenti dei servizi, volontari ed organizzazioni, le partnership sociali hanno le capacità e le risorse per sviluppare e offrire una gamma di servizi più efficace, completa e con una base strategica. Tale questione è ancora più determinante quando si combinano due settori distinti, come Sport e Salute mentale.

DEFINIZIONE PRELIMINARE

Una partnership sociale è:

Un accordo di partenariato strategico che coinvolge le parti interessate fra diversi settori per lo sviluppo, la progettazione e la realizzazione di programmi

(Rees, Mullins e Bovaird, 2012)

Nel contesto del progetto MENS, un partenariato sociale si basa su un approccio di co-pianificazione, attraverso il quale, organizzazioni del terzo settore, organizzazioni del settore pubblico e del settore privato si attivano al fine di condividere la responsabilità di progettare e aggiornare continuamente le disposizioni relative allo sport e ai programmi di formazione al fine di rispondere ai bisogni, in continua evoluzione, di persone appartenenti a gruppi svantaggiati. Richiede che ciascun settore a) tenti di raggiungere i propri obiettivi individuali e b) collabori per fornire servizi migliori rispetto a quelli che sarebbe capace di fornire individualmente.

I partenariati sociali riconoscono e valorizzano il contributo delle organizzazioni del volontariato (ONG) alla pianificazione e alla messa a disposizione di servizi. Esse

contribuiscono, apportando nella rete le relazioni con le persone con problemi di salute mentale. Collaborano con i partner privati e pubblici e garantiscono che i programmi siano progettati per soddisfare le esigenze degli utenti finali. Il settore del volontariato e le organizzazioni del settore privato condividono un ruolo equivalente nella progettazione del programma, congiuntamente al settore pubblico; i programmi possono essere progettati sulla base delle esigenze delle persone con problemi di salute mentale, in prima linea nel processo. I programmi possono, quindi, essere testati sul campo e le iniziative risultanti da questo processo possono, quindi, essere integrate.

APPROCCIO METODOLOGICO

Il presente documento di approfondimento intende esaminare i risultati positivi che emergono dalle partnership tra il settore pubblico e privato, sottolineando la loro importanza nei settori della salute mentale e dello sport.

L'obiettivo principale è stabilire i vantaggi e sviluppare delle linee guida per il partenariato sociale, nel campo della salute mentale e della vita attiva, in modo accessibile in modo che possa essere utilizzato per informare i responsabili politici e la pratica quotidiana. A tal fine, il documento riunisce elementi derivanti dalla recente ricerca empirica sui partenariati sociali raccolti in riviste, articoli e letteratura di settore. Tale lavoro include le collaborazioni tra agenzie di settore locali con il terzo settore ed i privati, nonché partnership con comunità locali o utenti dei servizi.

Il presente documento di approfondimento fornisce una base di informazioni sulle condizioni necessarie per costruire un partenariato sociale, caratterizzato dalle migliori possibilità di successo. Ciò ha permesso di sviluppare delle linee guida sullo sviluppo delle partnership sociali rispetto al contesto dell'Active Living (sport) e della salute mentale, quale contributo al raggiungimento di risultati positivi.

REVISIONE BIBLIOGRAFICA

L'obiettivo principale di diverse agenzie che lavorano con persone con problemi di salute mentale è lo sviluppo delle loro *soft skills*, lo sviluppo della loro sicurezza al fine di fornirgli opportunità di partecipazione alla società. I benefici a lungo termine sono promossi attraverso la loro integrazione sociale e lo sviluppo di reti fra tutti quei settori che hanno le

conoscenze, le esperienze e le capacità di sostenere le persone con problemi di salute mentale attraverso lo sport e la vita attiva. Per raggiungere questo scopo specifico, è importante e utile per le agenzie di salute mentale aumentare la collaborazione tra settore pubblico e private, quale strumento fondamentale per aumentare la consapevolezza e abbattere le barriere.

Corsi e lezioni specifici sono necessari per migliorare la fiducia e la partecipazione delle persone con problemi di salute mentale. Ad esempio, l'autogestione, le cui abilità possono essere apprese, viene solitamente insegnata da persone con esperienza diretta di malattia mentale. I corsi di autogestione aiutano le persone a capire come i loro problemi di salute mentale influenzano la loro vita, come riconoscere i primi segni e prevenire o minimizzare l'impatto di un episodio di disagio

(<https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/s/self-management-mental-ill-health>).

Inoltre, lo sport e le attività fisiche costituiscono uno strumento importante per prevenire e limitare i problemi di salute mentale. In effetti, i risultati mostrano che l'attività fisica ha un ruolo importante da svolgere nello sviluppo della resilienza, consentendo e supportando il recupero della salute mentale e contrastando lo stigma e la discriminazione.

Le linee guida del National Institute for Health Care Excellence (NICE) affermano che l'attività fisica dovrebbe essere uno dei primi interventi raccomandati dai medici che curano soggetti con depressione lieve o moderata. Essere fisicamente attivi può ridurre il rischio di depressione di qualcuno fino al 30%. Può anche ridurre l'ansia e lo stress, combattere l'umore basso e aumentare l'autostima. Essere fisicamente attivi è particolarmente importante per le persone con problemi di salute mentale gravi e di lunga durata (come il disturbo bipolare o la schizofrenia), poiché essi:

- Hanno il doppio delle probabilità di morire per malattie cardiache.
- Hanno quattro volte in più di probabilità di morire per malattie respiratorie.
- mediamente, hanno la probabilità di morire tra 10 e 17 anni prima, rispetto alla popolazione generale, a causa di una peggiore salute fisica.

Le attività fisiche sono considerate strumenti efficaci per il trattamento dei disturbi mentali perché sono:

- Strategie alternative convenienti per coloro che preferiscono non usare farmaci o che non possono accedere alla terapia
- Associate ad effetti collaterali negativi minimi

- Praticate da tutti dagli individui indefinitamente
- In grado di migliorare contemporaneamente la salute fisica e mentale e di contrastare la malattia mentale.

Una buona pratica relativa a questo settore è il Digital Peer support, in cui le persone usano la propria esperienza per aiutarsi reciprocamente online. Il sito Web di riferimento chiamato Elefriends, consente la partecipazione a tutti gli individui con un'età maggiore di 18 anni

(<https://www.mind.org.uk/media/17047308/get-set-to-go-research-summary-report.pdf>).

Secondo indagini e studi, le persone affette da problemi di salute mentale soffrono di discriminazioni e disuguaglianze sul lavoro e hanno difficoltà a trovare e mantenere un'occupazione. In effetti, il tasso di disoccupazione di questo gruppo si attesta a circa il 90% - in contrasto con quello delle persone con disabilità fisiche o sensoriali che è di circa il 50%. A riprova di ciò, solo il 10% delle persone con un serio vissuto psichiatrico che desiderano lavorare, sono impiegati. Le donne vivono una situazione peggiore degli uomini. È noto da tempo che una grave malattia mentale spesso compromette drammaticamente la propria capacità di lavorare e di guadagnarsi da vivere. Può portare all'impoverimento, che a sua volta può aggravare la malattia. Pertanto, gli sforzi per trovare un impiego a queste persone sono essenziali poiché migliorano la loro qualità di vita e riducono sia il livello di povertà che i costi elevati di assistenza generati.

Le fonti confermano, inoltre, che la maggior parte delle persone con gravi problemi di salute mentale sono state trattate con programmi che si concentrano maggiormente sullo sviluppo delle loro capacità lavorative rispetto al raggiungimento dell'obiettivo di un effettivo lavoro retribuito. Questi programmi sono riassunti brevemente:

• **Programmi di formazione ed integrazione lavorativa in ambiente ospedaliero:**

attualmente sono meno usati che in passato; il loro scopo è aumentare la fiducia in sé stessi e l'attivazione generale. Le attività insegnate in tali programmi comprendono, di solito, la distribuzione di cibo, il giardinaggio, la gestione di un piccolo negozio, ecc. Sebbene i partecipanti tendano a diminuire i giorni di ospedalizzazione, sembra che pochi ottengano un impiego permanente di successo.

• **Workshop protetti:** si tratta di un altro approccio tradizionale in cui viene utilizzato il lavoro subappaltato. Si ritiene che questo tipo di lavoro non prepari adeguatamente al

lavoro remunerato e che la persona tenda a permanere in un ruolo di paziente. Tuttavia, si è rilevato che il 10-15% dei partecipanti sia in grado di passare a un programma più intenso.

- **Formazione nella vita di comunità:** questi programmi sono stati sviluppati attraverso gli sforzi pionieristici di Stein, Test e Marx. Seguono i bisogni e le caratteristiche di base della gestione individuale, così come un approccio globale. Mentre la partecipazione a tali programmi riduce l'ospedalizzazione ed aumenta la vita indipendente, non è stato riscontrato che abbia un grande impatto sul mantenimento di un lavoro permanente.

- **PACT – “Programmes of assertive community treatment”:** questi programmi sono stati sviluppati anche da Stein, Test e Marx in risposta alla crescente necessità di servizi basati sulla comunità per le persone con gravi malattie mentali. L'attenzione si è concentrata sul recupero dalla malattia e su una migliore qualità della vita. La formazione è stata implementata in Canada e in diverse aree degli Stati Uniti. I PACT si basano su di un approccio di squadra, interdisciplinare che comprende uno psichiatra, infermieri professionisti, specialisti della formazione professionale, uno specialista delle dipendenze ed un amministratore del programma. La cura delle crisi è disponibile 24 ore al giorno. Questo modello integrato basato sulla comunità fornisce "i servizi di trattamento, riabilitazione e supporto che le persone con gravi malattie mentali devono ricevere con successo nell'ambito della comunità".

Ottenere un impiego retribuito per una persona con un passato di grave malattia mentale rimane, nel migliore dei casi, una sfida. È ancora più difficile in periodi di alta disoccupazione, quando la disponibilità di lavoratori non disabili è alta (http://www.who.int/mental_health/media/en/712.pdf).

Tuttavia, ciò è realizzabile solo se le partnership sociali esistono localmente, nell'area in cui viene sviluppata la rete. Al fine di migliorare e sviluppare continuamente la messa a disposizione di servizi per le persone con problemi di salute mentale, sia i datori di lavoro che i funzionari pubblici devono avere a disposizione una piattaforma in cui possono orientare e co-progettare i servizi. Allo stesso modo, è necessario coinvolgere anche le parti sociali, poiché possono fornire quelle risorse e quel sostegno necessario per le persone con problemi di salute mentale in un ambiente non soggetto a pressioni.

La partnership sociale tra datori di lavoro e settore pubblico è di grande importanza non solo per le persone che soffrono di problemi di salute mentale, ma anche per gli stessi datori di lavoro e, in generale, per il settore privato. Ci sono molteplici ragioni per supportare il vantaggio bilaterale derivante da questa collaborazione. Innanzitutto, la ricerca afferma che il disturbo psichico rappresenta il 22% del carico di invalidità dell'UE (rapporto Salute mentale e benessere, 2016). In secondo luogo, come Liopis e Anderson (2005) hanno rilevato, il costo sociale ed economico dei servizi di salute mentale sembra aumentare e sommarsi ad una situazione economica già in crisi. In terzo luogo, l'EU-OSHA (2014) ha riferito che il costo della salute mentale, provocato da una ridotta produttività e dall'assenteismo, si attesta a 136 miliardi di euro l'anno.

L' EU Compass on Mental health in the Work (2017) segnala che "da un punto di vista economico sono disponibili dati rilevanti che indicano la necessità di investire sulla promozione della salute mentale sul posto di lavoro (p.22). Inoltre, l'OMS (2017) ha pubblicato una scheda informativa sulla salute mentale nel luogo di lavoro in cui vengono suggerite una serie di interventi e buone pratiche per rendere il posto di lavoro più salutare. Sono inclusi:

- Essere consapevoli dell'ambiente di lavoro e delle modalità con cui può essere adattato per promuovere una migliore salute mentale dei dipendenti.
- Imparare dalle motivazioni dei leader organizzativi e dei dipendenti che prendono l'iniziativa.
- Non reinventare la ruota, ma essere consapevoli di ciò che hanno fatto le altre società che hanno intrapreso delle iniziative pertinenti.
- Comprendere le opportunità e le esigenze dei singoli dipendenti, contribuendo a sviluppare politiche migliori per la salute mentale sul posto di lavoro.
- Essere a conoscenza degli strumenti di supporto e dove le persone possono trovare aiuto.
- Attuare ed applicare delle politiche e pratiche in materia di salute e sicurezza, compresa l'identificazione del disagio, dell'utilizzo nocivo di sostanze e la messa a disposizione delle risorse necessarie per gestirle.
- Informare il personale che il supporto è disponibile.
- Coinvolgere i dipendenti nel processo decisionale, trasmettendo un sentimento di controllo e partecipazione; introdurre pratiche organizzative che supportano un salutare equilibrio tra vita lavorativa e vita privata.

- Sviluppare programmi per lo sviluppo della carriera dei dipendenti.
- Riconoscere e premiare il contributo dei dipendenti.

Ci sono opinioni e idee diverse sulle modalità per dare vita ad una collaborazione tra settore pubblico e privato. Secondo Pauline Vaillancourt Rosenau, ci sono alcuni importanti elementi di forza che dovrebbero essere considerati. In effetti, il settore pubblico richiama l'attenzione su concetti quali la gestione dell'interesse collettivo e la solidarietà. L'apertura al controllo pubblico permette un funzionamento più efficiente dell'occupazione, delle politiche, della regolamentazione, della prevenzione della discriminazione o dello sfruttamento ecc. Il settore privato, d'altro canto, è pensato per essere creativo e dinamico ed è orientato all'accesso ai finanziamenti, alla conoscenza delle tecnologie, all'efficienza gestionale ed allo spirito imprenditoriale. È un ambiente più adatto a svolgere attività economiche, ad innovare e replicare esperimenti di successo, si adatta a cambiamenti rapidi e realizza attività e compiti complessi o tecnici.

Le organizzazioni senza scopo di lucro (o terzo settore) sono rilevanti nei settori che richiedono solidarietà e impegno nei confronti delle persone. Sono adatte in situazioni in cui i clienti o gli utenti necessitano di una grande fiducia o di attenzioni personali. Le partnership destinate ad avere maggior successo, sono quelle in cui sono messi in campo i punti di forza di più di un giocatore. La necessità di bilanciare tra pubblico e privato, soprattutto quando è coinvolto il livello politico è ampiamente apprezzata da coloro che rivestono un ruolo pubblico più ampio.

I partenariati politici pubblico-privati hanno in comune una responsabilità condivisa sulla politica che incide sulla vita dei cittadini. Una partnership autentica implica una stretta collaborazione e la combinazione dei punti di forza del settore privato (più competitivo ed efficiente) e del settore pubblico.

Tuttavia, i reali benefici del partenariato politico pubblico-privato potrebbero non essere evidenti in tutti i settori politici (partenariato politico pubblico-privato).

Nonostante ciò, quando parliamo di partnership, dobbiamo prendere in considerazione sia i *benefici* che i *rischi*.

I benefici sono:

- Aumento dell'efficienza, grazie ad una migliore condivisione dei rischi e degli incentivi legati all'attuazione.

- Migliore gestione dei progetti ed innovazione.
- Miglior rapporto qualità-prezzo, se i benefici legati all'efficienza / innovazione vengono presi in considerazione.
- Interessanti opportunità di finanziamento dei PPP, in considerazione delle attuali condizioni che il mercato può offrire, con eccesso di liquidità e bassi tassi di interesse.
- Distribuzione delle spese iniziali in conto capitale di un progetto, nel corso della realizzazione dello stesso.
- Assunzione di alcuni rischi da partner del partner privato, che sarebbero altrimenti, lasciati all'autorità pubblica.

I rischi sono:

- I contratti lunghi possono rendere maggiormente inaffidabili le previsioni sulla domanda.
- Acquisizione della regolamentazione e hold-up degli investimenti.
- Maggiori costi di finanziamento per il partner privato rispetto al pubblico.
- I pagamenti divisi per un lungo periodo, su base contrattuale potrebbero non tener conto del ciclo economico. (Partenariato pubblico-privato negli Stati membri: Mirco Tomasi)

Diverse fonti ed esempi confermano che le partnership tra settore pubblico e privato possano raggiungere obiettivi comuni. Un esempio è fornito dal ruolo che i settori pubblico e privato hanno avuto nella città di New York. Sotto la guida del sindaco Michael R. Bloomberg, i partner privati hanno iniziato a collaborare con l'amministrazione della città, con modalità che consentono al governo di adottare uno spirito imprenditoriale (http://www.bbhub.io/dotorg/sites/2/2015/07/The_Collaborative_City.pdf).

L'impatto principale sulle organizzazioni del volontariato (e privato) attive nella salute mentale e nello sport, è che rafforza la loro capacità di offrire servizi di alta qualità, su misura per le persone con problemi di salute mentale.

L'adozione efficace di partnership sociale per la progettazione e l'erogazione di programmi relativi allo sport può generare benefici significativi:

- I programmi non sono concepiti separatamente: la capacità di innovare delle organizzazioni del terzo settore (ONG), la loro esperienza nel lavorare quotidianamente con gruppi di utenti specifici ed il collegamento con i contributi derivanti dai datori di lavoro e dalla comunità, possono aiutare a fornire programmi più efficienti e raggiungere risultati chiave per i partecipanti coinvolti. Consentono una maggiore agilità nel trovare soluzioni creative per utenti e fornitori di servizi.
- Maggiore attenzione al cambiamento delle esigenze delle persone con problemi di salute mentale, rendendo i servizi più adatti a soddisfare tali esigenze.
- Contribuire all'eliminazione delle barriere intersettoriali.
- Sostenere l'erogazione di benefici sociali ed economici più ampi incentrati sulle comunità.
- Promuovere la condivisione e il trasferimento di competenze e conoscenze tra i partner.

Storicamente, le partnership locali dei settori pubblico/ privato /volontariato create prima del 2008 si sono concentrate sul miglioramento della salute per le persone coinvolte. Tuttavia, la rilevanza di questo tipo di partnership sembra essere aumentata nel Regno Unito dal 2016, quando le autorità sanitarie sono state sostituite da gruppi locali di commissionamento clinico che richiedevano una rappresentanza intersettoriale. Inoltre, durante tale periodo, è aumentato il numero di persone con problemi di salute mentale sostenute pesantemente attraverso lo sport al fine di alleviare i sintomi legati alla malattia. Lo sport può avere benefici psico-sociali positivi e l'attività fisica a intensità moderata-intensa può migliorare la salute fisica e mentale (Biddle, Mutrie e Gorely, 2015). Tuttavia, le evidenze suggeriscono che lo sport competitivo può avere effetti negativi sulla salute mentale (Bauman, 2016) e può far insorgere fattori di stress specifici che ostacolano l'ottimizzazione della salute mentale degli atleti (Donohue et al., 2007). Questi fattori di stress sono:

- La pressione per raggiungere il successo (Evans, Weinberg e Jackson, 1992);
 - I tempi prolungati in cui gli atleti vengono separati dalla famiglia (Masland, 1983);
 - Le conseguenze emotive negative dell'infortunio (Wiese-Bjornstal, 2010);
 - Abuso di alcol e sostanze

(<http://www.sportni.net/sportni/wp-content/uploads/2017/03/Mental-Health-Report-Final.pdf>).

Un esempio pratico è che Sport and Recreation Alliance e ukactive si sono uniti per fornire un quadro della salute pubblica, commissionare analisi in Inghilterra e definire il ruolo critico del settore dello sport e dell'attività fisica nella sfida di migliorare la salute pubblica (http://www.ukactive.com/downloads/managed/Physical_Activity_and_Health_-_Final_Version.pdf).

Un altro esempio utile è la promozione di una partnership per la salute mentale nell'area asiatica. In questa area c'è una mancanza di comprensione e di consapevolezza dei problemi relativi alla salute mentale.

Il programma "Janssen Menti sane" ha tentato di fornire informazioni utili sui problemi di salute mentale; le persone con malattie mentali vivono in un ambiente di discriminazione ed esclusione. Inoltre, un altro obiettivo è stato quello di influenzare l'opinione pubblica e migliorare la diagnosi e l'accesso a nuovi trattamenti (come lo sport). La parte innovativa di questo progetto è che ha riconosciuto l'importanza di avere un partenariato pubblico e privato

(<http://www.janssen.com/it/sustainability/fostering-mental-health-partnerships-in-asia-pacific>).

Le principali cause del fallimento delle partnership sono legate a:

Gestione del progetto: le sfide risiedono nella condivisione delle informazioni, nel coordinamento e nell'agire congiuntamente. Pertanto, la gestione efficace di un progetto dipende dalla creazione di strutture di coordinamento ben funzionanti.

Conflitti di interesse: il settore pubblico e quello privato fissano priorità completamente diverse, derivanti dai loro propri sistemi di valori. Mentre un'azienda privata mira a ottenere il massimo profitto possibile, le organizzazioni pubbliche hanno una certa responsabilità quando forniscono servizi di interesse generale.

Gestione del rischio

Costi di transazione

I costi della regolamentazione

(http://www.libertas-institut.com/de/PDF/Claudia%20Reim_PPP_London_Underground_Aug-2009.pdf).

Le partnership progettate, avviate e implementate da soli attori locali sono ancora molto rare. La rete MENS considera le partnership di importanza fondamentale per promuovere e aumentare le metodologie innovative per le persone con problemi di salute mentale.

Le prove suggeriscono anche che esistono iniziative *bottom-up* e su piccola scala da parte di attori privati, come imprese locali o ONG, che hanno svolto un ruolo nell'alleviare l'impatto della salute mentale. Questo documento di approfondimento mira quindi a responsabilizzare le parti sociali ad avviare partenariati locali.

Dalla crisi del 2009, alcuni importanti sviluppi si possono riscontrare nella creazione di questi partenariati nell'UE, nel Regno Unito e nei Paesi Bassi. Queste partnership sono diventate più importanti in tutto il continente europeo per far fronte al cambiamento del clima politico ed economico e dal 2009, mantengono un ruolo cruciale per rispondere alle esigenze dei gruppi svantaggiati. Il peggioramento delle condizioni del mercato del lavoro ha spinto l'Europa (ad esempio Danimarca, Paesi Bassi, Svezia e Regno Unito) a sfruttare appieno o creare nuove iniziative locali per promuovere strategie che migliorano il benessere mentale. È possibile, in questi paesi, trovare esempi positivi del partenariato sociale, che avvalendosi delle competenze dei sindacati e dei datori di lavoro, affrontano problematiche come la salute mentale, l'occupazione e lo sport.

I fattori di successo per l'attuazione dei partenariati sociali risiedono generalmente in un giusto mix di "ingredienti" a livello locale, come l'impegno delle parti interessate a sviluppare partenariati e l'emancipazione delle comunità locali e degli attori locali. Gli "ingredienti" locali combinati con un quadro di *governance* favorevole al partenariato sociale, permetteranno un'azione locale e garantiranno finanziamenti a lungo termine.

La ricerca suggerisce che in molti paesi europei le partnership tra autorità pubbliche e private (parti sociali) rappresentano ancora un potenziale inutilizzato; molti paesi nell'UE non hanno pienamente colto l'opportunità di utilizzare partenariati locali per affrontare le disuguaglianze sanitarie. Molti paesi presentano degli ostacoli allo sviluppo del partenariato locale a causa di un quadro centralizzato della politica sportiva e sanitaria. Le partnership progettate, avviate ed implementate da soli attori locali sono ancora molto rare e, pertanto, la rete MENS considera di fondamentale importanza promuovere tale partnership come strumento chiave per aumentare l'adozione di metodologie innovative per le persone con problemi di salute mentale.

Il presente documento di approfondimento illustra come i partenariati pubblico-privato possono migliorare e ampliare la portata e la partecipazione alle attività, soprattutto quando questi partenariati sono pianificati e attuati nel modo corretto. Inoltre, la ricerca

ha dimostrato che questo tipo di partnership ha un valore aggiunto in termini di risorse ed efficienza, oltre a consentire l'accesso alle competenze, aumentare le conoscenze e combattere gli stereotipi sull'inclusione.

CONCLUSIONI/RACCOMANDAZIONI

La collaborazione inter-settoriale è essenziale per la salute mentale e la promozione della vita attiva

La salute mentale (e gli stili di vita attivi) possono essere migliorati attraverso l'azione collettiva di tutte le parti della società. Migliorare la salute mentale richiede politiche e programmi in tutti i settori: pubblico, comunitario e privato tra cui istruzione, occupazione, trasporti, ambiente, , tempo libero e benessere, nonché attività specifiche nel campo della salute relative alla prevenzione e al trattamento delle malattie.

La salute mentale ed uno stile di vita attivo riguardano tutti

L'inclusione di individui, famiglie, comunità, aziende, professionisti della salute e dell'assistenza sociale trarrà vantaggio dalle soluzioni collaborative per la salute mentale e la promozione di uno stile di vita attivo. Particolarmente importanti sono i decisori politici a livello locale e nazionale, le cui azioni e politiche in materia di salute, sport, vita attiva e impegno della comunità, incidono sulla salute mentale.

Azione comunitaria

L'azione della comunità è di fondamentale importanza nella promozione della vita attiva, come trattamento e prevenzione della salute mentale. Le persone di tutti i settori della società che lavorano insieme per apportare cambiamenti e fornire soluzioni ai problemi condivisi miglioreranno il capitale sociale, forniranno alle persone un senso di *empowerment* ed aumenteranno la capacità e la resilienza della comunità.

Un approccio intersettoriale alla salute mentale e alla promozione della vita attiva

La collaborazione settoriale è un elemento chiave per promuovere e attuare programmi di salute mentale e di vita attiva. Le collaborazioni sono anche importanti per includere uno stile di vita attiva, quale concetto più ampio del semplice sport o esercizio fisico, per raggiungere più persone e offrire opportunità tra i vari servizi:

"Se vogliamo ridurre le disuguaglianze di salute, è essenziale agire sui determinanti sociali della salute – le "cause delle cause" delle malattie. Ciò significa lavorare in partnership a livello locale per migliorare le condizioni sociali in cui nasciamo, viviamo, cresciamo, lavoriamo e invecchiamo. Potenziare le persone e le comunità e dare voce alle persone è essenziale per affrontare le disuguaglianze sanitarie "

(http://www.artscouncil.org.uk/sites/default/files/download-file/Be_Creative_Be_Well.pdf).

Processo decisionale condiviso

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la condivisione del processo decisionale nei servizi di salute mentale è indispensabile per una pratica inclusiva e collaborativa:

"Senza il coinvolgimento del processo decisionale, gli utenti sono tenuti in relazioni di dipendenza a lungo termine. Le persone non possono diventare indipendenti senza l'opportunità di prendere decisioni importanti sulla propria vita.

(http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf).

Riduzione dello stigma

Utilizzare lo sport ed uno stile di vita attiva per trattare, prevenire e anche aumentare la consapevolezza sulla salute mentale, è anche la chiave per rimuovere lo stigma sociale legato alla salute mentale. L'adozione di uno stile di vita attivo e la partecipazione alle attività correlate, rimuove le barriere e abbatte le idee preconcepite sulle persone con malattie mentali. Inoltre, aumenta la consapevolezza della necessità per tutti di essere consapevoli della propria salute mentale, di come preservarla e di come lo sport e la vita attiva possano contribuire, in tal senso.

"Dallo sport d'élite alla partecipazione ad attività di base, lo sport può essere usato per ridurre lo stigma e avviare confronti positivi sulla salute mentale. Lo sport dovrebbe essere accessibile anche alle persone con problemi di salute mentale. Ecco perché stiamo sostenendo la Carta della salute mentale per lo sport e le attività ricreative "

(<https://www.mind.org.uk/about-us/our-policy-work/sport-physical-activity-and-mental-health/>).

Promuovere la salute mentale e la consapevolezza della vita attiva

Per la salute mentale e la promozione della vita attiva, le partnership sociali devono:

sviluppare le attività esistenti in una varietà di settori ed organizzazioni;
creare diverse partnership per scopi diversi, a vari livelli; e
creare azioni collaborative "orizzontalmente" all'interno dei dipartimenti e delle organizzazioni governative e tra esperti di politica, pratica e ricerca.

La necessità di una pratica collaborativa nella salute mentale e nella promozione di uno stile di vita attiva è confermata fortemente dai determinanti socio-politici ed economici della salute. In altre parole, influenzando i fattori determinanti della salute, si migliorano la coesione sociale, l'accessibilità e le pratiche anti-discriminazione. Questi obiettivi non saranno raggiunti solo con l'azione della sanità pubblica, ma attraverso un approccio intersettoriale e multidisciplinare che coinvolga ricerca, politica e pratica in materia di occupazione, istruzione, legge, welfare, arte, sport, tempo libero, turismo e ambiente, con il fine di migliorare la salute mentale attraverso una maggiore partecipazione e coesione sociale. Per ottenere risultati positive, è necessaria una pianificazione e la partecipazione condivisa di tutti i settori della società.

Le partnership sociali collaborative di successo richiedono tempo, impegno per raggiungere obiettivi e risultati condivisi. Ci sono sfide come i finanziamenti, specialmente all'interno e tra i settori, la diversità di background culturali, professionali e politici, differenti priorità e processi decisionali complessi. Queste sfide richiedono un rafforzamento della capacità attraverso le dimensioni individuali, organizzative e comunitarie. (Fawcett, 2000).

Esistono prove dell'efficacia di differenti programmi e politiche di promozione della salute mentale. I loro risultati mostrano che la promozione della salute mentale è un'opzione realistica nell'ambito dell'approccio generale rivolto alla salute pubblica nel corso della vita e in contesti quali le scuole, il lavoro e le comunità locali. In molti campi della vita, interventi ben progettati possono contribuire a migliorare la salute mentale e il benessere della popolazione [(WHO, 2004), p. 34].

Un esempio di questo è *'Get Set to Go'* – promosso dallo Sport England e dalla National Lottery. *"Get Set To Go"* ha aiutato le persone con problemi di salute mentale a diventare attive. Dal 2015, *"Get Set To Go"* ha coinvolto 3.585 persone con problemi di salute mentale in progetti di attività fisica appositamente pensati a livello locale e comunitario. A seguito di una valutazione, i risultati mostrano che l'attività fisica svolge un ruolo importante nella costruzione della resilienza, consentendo e supportando il recupero della salute mentale e affrontando lo stigma e la discriminazione.

(<https://www.mind.org.uk/about-us/our-policy-work/sport-physical-activity-and-mental-health/>).

È chiaro che la salute mentale e la promozione di uno stile di vita attiva dipendono dalla collaborazione intersettoriale e che un numero significativo di servizi ed interventi non rientrano nei servizi tradizionali di salute mentale e di assistenza sociale.

Il vero scopo del partenariato sociale dovrebbe essere quello di riunire persone, ambienti e pratiche che hanno avuto successo nello sviluppo di buone pratiche di salute mentale e di promozione di vita attiva. Basandosi sul concetto di apprendimento reciproco e collaborazione, le organizzazioni e gli individui possono trarre beneficio dalle esperienze altrui e contribuire a migliorare la salute mentale attraverso una promozione di uno stile di vita attiva e programmi per ridurre le disparità nell'accesso ai servizi.

Riferimenti Bibliografici

- Akintoye, A., Beck, M. & Hardcastle, C. (2008). *Public-Private Partnerships: Managing Risks and Opportunities*, Hoboken NJ: Wiley-Blackwell.
- Eurofound (2009). *ERM Report- Restructuring in recession*. Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- EU Compass for Action on Mental Health and Well-Being (2017). *Mental health in the workplace in Europe*.
- Global Opportunity Network (2016). *Closing the Skills Gap*. Hevik Norway: GON
- IDELE (2006). *Identification, Dissemination and Exchange of Good Practice in the Field of Local Employment Development and Promoting Better Governance: Executive Summary of the Thematic Learning*. Birmingham UK: EcotecResearch and Consulting Limited.
- Ings, R., Crane, N. & Cameron, M. (2012). *Be Creative, Be Well*. London UK, Arts Council England.
- Jané-Llopis, E. and Anderson, P. (2005). *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A Policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
- Lawrence, D., & Bolitho, S. (2011). *The Complete guide to physical activity and mental health*. London UK: The Bloomsbury Group.
- Minow, M. (2003). *Public and Private Partnerships: Accounting for the New Religion*. 116 Harv. L. Rev. 1229.
- Office for Deputy Prime Minister (2001). *Effective local partnerships a checklist for local practitioners in the public and voluntary sectors*. London UK: Government press
- O'Reilly, N., & Brunette. (2013). *Public-Private Partnerships in physical Activity and Sport*. Champaign IL: Human Kinetics.
- Rees, J., Mullins, D. and Bovaird, T. (2012). *Third Sector Research Centre, Working Paper 60, Third Sector Partnerships for public services delivery: an evidence review*. Birmingham, UK: University of Birmingham.
- Roussos, S.T. & Fawcett, S.B. (2000). *Annual Review of public Health: A review of collaborative partnerships as a strategy for improving Community Health* Palo Alto CA: Annual Reviews.org
- Scoppeta, A. (2013). *Successful partnerships in delivering public employment services*. DG Employment, Social Affairs and Inclusion. Brussels.

- Sturgeon, S. (2006). *Health Promotion International, Volume 21, Issue suppl_1, Pages 36–41: Promoting mental health as an essential aspect of health promotion*. Oxford Uk: Oxford University Press.
- Tomasi, M. (2016). DG *Ecfm Unit B.4 "Impact of EU policies on national Public Private Partnerships in Member states*. Brussels BE.
- Vaillancourt Rosneau, P. (2002). *Public-Private Policy Partnerships (2nd ed.)*. Cambridge , MA: The MIT Press.
- Yescombe, E.R (2007). *Public-Private - Partnerships: Principles of Policy and Finance*. Oxford, UK: Butterworth-Heinemann
- World Health Organization (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report* . Department of Mental Health and Substance Abuse in Collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne. Geneva, Switzerland: WHO Press.
- World Health Organisation (2010). *User Empowerment in Mental Health* .Geneva, Switzerland: WHO Press
- World Health Organization (2016). *The European Mental Health Action Plan 2013-2020*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.

09 Lo sport come trattamento non-farmacologico per le malattie mentali.

AUTORE:

Gustavo Martín, Sport Educations – Head of the rehabilitation centre at INTRAS Foundation in Valladolid



INTRODUZIONE

Molteplici fonti indicano l'attività fisica e l'esercizio come precursori della salute fisica e mentale. Diversi studi li raccomandano come interventi complementari o compensativi di trattamenti farmacologici per persone con problemi di salute mentale. Allo stesso modo, possono svolgere un ruolo importante di prevenzione e intervento in una vasta gamma di problemi mentali.

Questo documento si propone di mettere a confronto i benefici fisici ed emozionali dell'attività fisica con quelli dei trattamenti farmacologici usati per problemi di salute mentale, evidenziando in particolare il loro ruolo nella compensazione degli effetti collaterali dei farmaci.

Un corpus sostanziale di evidenze supporta il ruolo dell'attività fisica come trattamento non farmaceutico o complementare delle malattie mentali (Lam & Riba, 2016; Ekkekakis, 2013) e come intervento economico e sicuro per la prevenzione e il trattamento di una vasta gamma di problemi di salute mentale. L'esercizio di routine allevia stress e ansia (Pickett, Kendrick e Yardley, 2017), depressione moderata (Wegner et al., 2014; Gerber et al., 2012; Clow & Edmunds, 2014), migliora l'autostima (Fox, Biddle, Fox & Boutcher, 2000; Hibbert & Rothschild, 2016), la salute fisica e mentale e il benessere di soggetti schizofrenici. L'attività fisica sembra alleviare i sintomi negativi e può anche essere efficace per tenere sotto controllo i sintomi positivi (Kimhy et al., 2017)

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

I problemi di salute mentale sono sempre più comuni e sono considerati uno dei principali fattori che generano limitazioni funzionali o disabilità in tutto il mondo. Studi epidemiologici rivelano che dal 10 al 30% della popolazione adulta soffre di disturbi dell'umore, come depressione o ansia (Kessler et al., 2005). Altre malattie mentali più gravi, quali la schizofrenia o altre forme di psicosi, rappresentano circa l'1% della popolazione mondiale. Una persona su quattro soffre di malattie mentali per tutto l'arco della vita e circa 450 milioni di persone soffrono di malattie mentali in tutto il mondo (OMS, 2005).

I trattamenti farmacologici rappresentano gli interventi più diffusi ed efficaci per stabilizzare e recuperare le persone che soffrono di questi problemi, ma alcuni dei loro effetti collaterali possono ridurre la qualità di vita del paziente.

Questo documento cerca di valorizzare ed enfatizzare gli effetti positivi che l'attività fisica, l'esercizio e lo sport potrebbero apportare agli attuali trattamenti farmacologici, se utilizzati come interventi complementare e compensativi.

DEFINIZIONI PRELIMINARI

Salute mentale

Mental Health Europe (MHE), nel suo quadro concettuale per la "Promozione della Salute Mentale e la Prevenzione dei Disturbi", chiarisce che non esiste una definizione ufficiale di salute mentale. Le differenze culturali e le molteplici teorie su questo argomento rendono difficile il conio di una singola definizione. Tuttavia, la maggior parte degli esperti concorda sul fatto che salute mentale e l'assenza di malattie mentali non siano la stessa cosa. In altre parole, l'assenza di un disturbo mentale riconosciuto non è necessariamente un indicatore di salute mentale. La salute mentale o uno stato di benessere proteggono dallo sviluppo di disturbi, mentre i disturbi mentali aumentano il rischio di disagio mentale. La salute mentale è una componente integrante della salute e del benessere in generale (OMS, 2013), e merita la stessa considerazione della salute fisica. In linea con questo approccio, il "Piano d'Azione Globale per la Salute Mentale 2013-2020" (OMS, 2013) ha accettato a livello internazionale il principio che "non c'è salute senza salute mentale".

Problemi di salute mentale

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, i disturbi mentali provocano livelli di disabilità che causano una perdita di circa il 23% degli anni produttivi, ossia degli anni in cui un adulto è considerato produttivo. Chi ha problemi di salute mentale incorre inoltre in un elevato rischio di morte prematura, a causa di comportamenti e problemi fisici associati alla malattia stessa (Lam & Riba, 2016).

In Europa, i disturbi psichiatrici si collocano al secondo posto delle spese sanitarie per malattia, dopo quelle cardiovascolari. Ogni anno, nell'Unione europea, 18,4 milioni di persone di età compresa tra i 18 e i 65 anni soffrono di una grave forma di depressione (Commissione delle Comunità europee, 2005). I disturbi mentali aumentano il rischio di contrarre malattie cardiovascolari, diabete e sindrome metabolica, strettamente collegate ad uno stile di vita sedentario e all'inattività fisica. L'impatto dei disturbi mentali sulla qualità della vita è maggiore rispetto a quello di malattie croniche come l'artrite, il diabete, le malattie respiratorie e cardiovascolari. Vanno infine considerate l'ignoranza e la stigmatizzazione che circondano le malattie mentali: è opinione diffusa che non sia possibile trattare i disturbi mentali, o che le persone che ne soffrono siano difficili, poco intelligenti o incapaci di prendere decisioni. Una tale stigmatizzazione può condurre a maltrattamenti, rifiuto e isolamento, privando le persone che ne soffrono delle cure mediche e del sostegno di cui hanno bisogno.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, circa il 20% dei bambini e degli adolescenti nel mondo soffre di problemi di salute mentale o disturbi correlati. I disturbi neuropsichiatrici sono tra le principali cause di disabilità fra i giovani, circa la metà dei quali compare prima dei 14 anni, e sono simili in tutte le culture. Tuttavia, i paesi con le più alte percentuali di popolazione sotto i 19 anni con problemi di salute mentale sono quelli con minori risorse destinate alla salute mentale. La maggior parte dei paesi a basso reddito hanno un solo psichiatra ogni quattro milioni di bambini.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità osserva inoltre che si verificano più di 800.000 suicidi ogni anno e che il suicidio è la seconda causa di morte fra i 15 e i 29 anni. Sembra che per ogni adulto che si suicida, ci siano più di 20 tentativi. Il 75% dei suicidi si verifica nei paesi a basso e medio reddito. I disturbi mentali e l'abuso di alcool contribuiscono all'aumento del numero di suicidi (OMS, 2016). Una diagnosi precoce e un trattamento personalizzato sono elementi essenziali per garantire a queste persone il sostegno di cui

hanno bisogno; per essere efficace un trattamento dovrebbe considerare diversi aspetti della vita, fra cui l'utilizzo del tempo libero e la partecipazione ad attività fisiche e sportive.

L'OMS denuncia le frequenti violazioni dei diritti umani nei confronti di persone con problemi di salute mentale, fra cui la coercizione fisica, la reclusione, la privazione dei bisogni fondamentali e della privacy. Solo pochi paesi hanno una struttura legale che protegge adeguatamente i diritti delle persone con questi disturbi.

Si stima che il costo sociale ed economico delle malattie mentali raggiunga il 4% circa del PIL dell'Unione europea (oltre 182.000 milioni di euro). La salute mentale sembra essere uno dei capitoli di spesa più elevati a livello mondiale, con una cifra pari a circa 1,6 miliardi di euro (Barton & Rogerson, 2017). Nei paesi europei, il bilancio per la salute mentale rappresenta il 5,8% del budget sanitario totale. In molti paesi europei, la malattia mentale causa il 45-55% dell'assenteismo lavorativo.

Uno studio sul costo globale delle malattie nel mondo (Whiteford, Ferrari, Degenhardt, Feigin & Vos, 2015) riporta che gran parte delle spese sono correlate a problemi di salute mentale, disturbi neurologici e abuso di sostanze.

Nel 2013, secondo i dati della Mental Health and Related Issues Statistics (Eurostat, 2017), nell'Unione Europea ci sono stati 177.000 decessi dovuti a disturbi mentali e comportamentali, che equivalgono al 3,8% di tutti i decessi. Il tasso di mortalità standard dell'UE per disturbi mentali e comportamentali è di 36,4 decessi ogni 100.000 abitanti.

Il trattamento farmacologico come strumento per migliorare le condizioni delle persone con problemi di salute mentale

I benefici dei trattamenti farmacologici nel contrastare i problemi di salute mentale sono accuratamente dimostrati; la principale causa di recidiva è una cattiva gestione degli stessi. Il farmaco viene prescritto dal professionista della salute mentale per ciascun paziente, tenendo conto delle sue esigenze. I trattamenti farmacologici vanno assunti a lungo, a volte per tutto l'arco della vita, anche se il paziente si sente bene. Essi non solo riducono i sintomi, ma possono prevenire crisi e ricadute. In generale, i farmaci proteggono i pazienti dagli avvenimenti stressanti e prevengono l'insorgere di crisi.

Smettere di assumere il farmaco o assumerne una dose sbagliata può avere gravi conseguenze, fra cui l'aumento del numero di recidive (circa l'80% delle persone che soffrono di schizofrenia e smettono di assumere i farmaci hanno una recidiva durante il primo anno), la gravità delle recidive (più frequenti ricoveri ospedalieri involontari e sintomi

più gravi), la loro durata (i pazienti di solito hanno bisogno di più giorni per riprendersi) e la maggiore difficoltà di prognosi.

Seguire il trattamento farmacologico prescritto favorisce l'efficacia del recupero. Esiste un'ampia varietà di farmaci per i diversi tipi di disturbi mentali: neurolettici e antipsicotici sono prescritti per trattare la schizofrenia ed altre psicosi, in quanto i loro principi attivi bloccano i recettori della dopamina (sostanza responsabile della trasmissione di informazioni tra le cellule del sistema nervoso), il cui eccesso può produrre sintomi come allucinazioni e deliri. Aiutano ad organizzare il pensiero e a prevenire le ricadute, agendo come un "filtro" che evita l'eccessiva trasmissione di informazioni da un neurone all'altro nel cervello.

Per il trattamento della depressione ci sono diversi farmaci, classificati a seconda del neurotrasmettitore su cui agiscono:

Triciclici

IMAO (Inibitori delle monoamino ossidasi)

SSRI (Inibitori della ricaptazione della serotonina): sono i più sicuri e hanno un minor numero di effetti collaterali e interazioni con altri tipi di farmaci;

Noradrenergici e serotoninergici

Trazodone: Deprax

Nefazodone

Altri tipi di farmaci includono:

Antiparkinsoniani o anticolinergici, che aiutano a correggere gli effetti collaterali dei neurolettici che colpiscono i muscoli: movimenti rigidi o non coordinati, tremori, movimenti degli occhi "come se stessero andando all'indietro";

Tranquillanti / benzodiazepine / ansiolitici, che hanno proprietà ansiolitiche (per trattare l'ansia), sedative, miorilassanti e soporifere;

Normotimici / stabilizzatori o regolatori dell'umore come il litio, usati per trattare condizioni schizofreniche resistenti ad altri tipi di trattamento. L'assunzione di questi medicinali richiede l'aggiustamento del dosaggio fino al raggiungimento dei livelli desiderati di litio nel sangue. Occorre eseguire un test del litio mensile durante i primi sei mesi di trattamento e successivamente ogni tre-sei mesi;

Carbamazepina: utilizzata inizialmente come antiepilettico, si è poi dimostrata efficace come stabilizzante, per evitare ricadute nei disturbi bipolari o nella psicosi maniaco-depressiva.

I trattamenti farmacologici tuttavia, nonostante i comprovati benefici sulle malattie mentali, hanno anche alcuni effetti collaterali che influiscono sulla qualità della vita.

Nelle psicosi, alcuni degli effetti collaterali possono essere l'aumento di peso, la sindrome metabolica o la disfunzione sessuale (Cano et al., 2014; Caqueo-Úrizar, Urzúa e Rus-Calafell, 2017). Fra gli effetti extrapiramidali si possono annoverare irrequietezza motoria, (specialmente delle gambe, che costringe la persona a muoverle (acatisia), rigidità muscolare, tremore (specialmente alle mani), spasmi, tendenza a tenere la bocca aperta, con salivazione eccessiva.

Nei sintomi depressivi, gli effetti collaterali possono essere nausea, aumento dell'appetito e conseguente aumento di peso, disfunzione sessuale, affaticamento, sonnolenza, insonnia, secchezza della bocca, visione offuscata, stitichezza, vertigini, agitazione, ansia, disagio e persino variazioni genetiche (Clinic Mayo, 2016; Medina e García de León, 2004; Ferguson, 2001). Tutti questi effetti collaterali sono per lo più legati alla salute fisica della persona con problemi di salute mentale. Alcuni dei meccanismi usati da questi farmaci sono attivati anche dall'attività fisica e dallo sport. Se è così, è plausibile pensare all'attività fisica come un complemento dell'intervento farmacologico?

Attività fisica e salute mentale

I benefici dell'attività fisica e l'importanza di mantenere un equilibrio tra la mente e il corpo sono storicamente comprovati. Come già confermato da due decenni, la partecipazione all'attività fisica non garantisce un allungamento dell'aspettativa di vita, ma migliora sicuramente la qualità degli anni vissuti (Morgan, 1997).

L'attività fisica è un aspetto chiave per lo sviluppo integrale dell'essere umano (Holt, 2016; Richards et al., 2015): a livello fisiologico, contribuisce a ridurre il rischio di malattie cardiovascolari, a mantenere regolare la pressione sanguigna e a prevenire il cancro al colon o il diabete; a livello psicologico, migliora l'umore, aumenta l'autostima e contribuisce al benessere psichico; a livello sociale, promuove l'autonomia e l'integrazione sociale, soprattutto per le persone con disabilità. Nel caso dei problemi di salute mentale, diventa uno strumento essenziale per compensare gli effetti collaterali dei trattamenti farmacologici.

Molti studi sostengono la tesi di una relazione diretta tra l'attività fisica e il benessere di chi ha problemi di salute mentale (Boyer, Indelicato, Richardson, Churilla & Johnson, 2017, Deslandes et al., 2009; Sosso & Raouafi, 2017; Hodgson, McCulloch & Fox, 2011). Ne è la

riprova il lancio, in occasione della 70° Assemblea dell'OMS a Ginevra (22-31 maggio 2017), del Nuovo piano d'azione globale per promuovere l'attività fisica, incentrato in particolare sulle malattie non comunicabili (NCD), note anche come malattie croniche, il cui obiettivo è di ridurre l'inattività fisica, un fattore di rischio chiave per le NCD (Foster, Shilton, Westerman, Varney & Bull, 2017).

METODO

Si intendono contestualizzare le sfide che devono affrontare le persone con malattie mentali, esplorare i diversi trattamenti farmacologici e descriverne gli effetti collaterali, analizzare i benefici dell'attività fisica e dell'esercizio per compensare questi effetti collaterali. Gli argomenti di cui sopra sono suddivisi in due parti:

- Gli effetti collaterali dei farmaci per alleviare i sintomi causati dalla psicosi, con particolare incidenza nella schizofrenia,
- Gli effetti collaterali dei trattamenti farmacologici nei disturbi depressivi e ansiosi.

Infine, ci si concentra sull'importanza dell'attività fisica, dell'esercizio e dello sport nel recupero o nel miglioramento dell'autostima per le persone con malattie mentali, come fattore determinante per l'integrazione sociale.

REVISIONE BIBLIOGRAFICA

L'ATTIVITA' FISICA COME TRATTAMENTO ALTERNATIVO/COMPLEMENTARE AI FARMACI NEI PAZIENTI CON PROBLEMI DI SALUTE MENTALE

Le cause dei problemi di salute mentale

Si ritiene che i problemi mentali possano essere originati da fattori estremamente diversi e complessi, fra cui:

Fattori biologici: funzioni anormali delle connessioni neuronali causate da problemi genetici, da un'infezione che può aver provocato anche danni cerebrali, da complicazioni durante la fase prenatale o dall'abuso di sostanze. In alcuni casi, anche le abitudini nutrizionali possono portare a problemi di salute mentale.

Fattori psicosociali: traumi subiti durante l'infanzia, perdita di persone care, gravi colpe o scarsa capacità di relazionarsi con gli altri.

Fattori ambientali: situazioni familiari, aspettative sociali o culturali non realistiche. Anche l'uso di sostanze da parte dei genitori può causare problemi di salute mentale (Bhandari, 2016).

I suddetti fattori possono contribuire alla comparsa di diversi tipi di malattie mentali, che possono protrarsi per tutta la vita (Tizón et al., 2008). Tuttavia, la conoscenza dei meccanismi patologici che agiscono sulla salute mentale è ancora molto limitata.

Esistono molti trattamenti farmacologici o psicologici, ma siamo ancora lontani dalla standardizzazione degli approcci, in quanto le basi teoriche non sono sufficientemente chiare per stabilire con certezza il loro impatto. I farmaci psicotropi riescono a frenare i sintomi, in particolare quelli positivi della maggior parte delle malattie mentali. Gli interventi psicosociali, in particolare alcuni tipi di psicoterapia, tra cui la terapia cognitiva comportamentale e la terapia cognitiva attraverso la consapevolezza (Blair Kennedy e Resnick, 2015) mostrano risultati soddisfacenti nel trattamento della depressione. Tuttavia, questi trattamenti non garantiscono un recupero completo: i sintomi residui sono abbastanza comuni e molti ricadono negli stessi sintomi dopo un primo successo.

Occorre esplorare nuovi percorsi che possano aumentare l'efficacia dei trattamenti convenzionali e compensare i loro effetti collaterali. In questo senso, l'attività fisica e l'esercizio fisico potrebbero delinearli come un possibile intervento.

Le disfunzioni del cervello alla base dei trattamenti farmacologici

Alcune teorie mettono in relazione problemi di salute mentale e disfunzioni cerebrali, siano esse causate dall'ambiente (Tost, Champagne e Meyer-Lindenberg, 2015) o da disfunzioni biochimiche. Riguardo a queste ultime, è stata sviluppata un'ipotesi secondo cui i neurotrasmettitori potrebbero essere coinvolti in diversi sintomi e disturbi psichiatrici (Lin, Lee & Yang, 2014). Questa ipotesi è alla base di tutti gli interventi farmacologici. La serotonina e la noradrenalina sono correlate alla depressione e all'ansia, mentre la dopamina e l'N-metil-D-aspartato (NMDA) sono associati ai sintomi psicotici. Gli studi genetici hanno rivelato che la maggior parte dei disturbi mentali, delle psicosi, dei disturbi bipolari e affettivi sono associati a predisposizioni costituzionali che ne aumentano i rischi (Callado, Ortega e Horrillo, 2009; Jerónimo, Diego & Patricia, 2010). Molti dei geni associati ai problemi mentali sono legati ai neurotrasmettitori e ai meccanismi immunitari (Guillin, Abi-Dargham & Laruelle, 2007; Woo, 2014).

Alcuni studi per neuroimmagini suggeriscono che le persone con problemi di salute mentale possono presentare strutture anormali del cervello. L'atrofia cerebrale e la dilatazione ventricolare sono facilmente riconoscibili in diverse forme di demenza. Negli ultimi decenni, è stato dimostrato che la schizofrenia è associata all'atrofia dei lobi frontali e temporali negli anni precedenti lo sviluppo della malattia.

Negli ultimi cento anni, il nostro concetto di malattia mentale si è evoluto dal "mistico" al psicosociale. Grazie alle scoperte neurologiche sulle funzioni di un cervello anormale, i medici sono più orientati a proporre trattamenti che allevino gli squilibri cerebrali e diano la speranza di un parziale recupero dei disturbi funzionali.

L'attività fisica come trattamento concreto

L'importanza dell'esercizio e dell'attività fisica per il mantenimento di una buona salute è un dato di fatto (OMS, 2016). L'esercizio e l'attività fisica sono positivi per il benessere mentale e possono alleviare i sintomi delle malattie mentali. Entrambe le affermazioni sono incluse nel piano globale per la promozione dell'attività fisica presentato dall'OMS (Foster et al., 2017). Il tema dell'attività fisica come trattamento ausiliare per i problemi di salute mentale non è mai stato studiato formalmente, concettualizzato e tradotto in linee guida che possano indirizzare la scelta dei trattamenti (Lam & Riba, 2016). La mancanza di basi scientifiche impedisce ai professionisti della salute mentale di utilizzare l'attività fisica come strumento terapeutico complementare ai trattamenti farmacologici. D'altra parte, l'alternarsi di emozione e motivazione, tipica dei problemi di salute mentale, costituisce una sfida per i professionisti che volessero utilizzare l'attività fisica come trattamento complementare (Firth et al., 2016).

Negli ultimi anni i ricercatori hanno cercato di esaminare l'associazione tra salute mentale e attività fisica. Lo studio dei meccanismi neurofisiologici associati all'attività fisica, unitamente alla necessità di compensare gli effetti collaterali dei farmaci, permetteranno di comprendere meglio i suoi effetti potenziali.

I cambiamenti cerebrali che sopravvengono a seguito di una regolare attività fisica sono attualmente dalla prospettiva delle alterazioni della risposta fisiologica, come l'aumento del fattore neurotrofico prodotto dal cervello (BDNF) durante l'esercizio. E' un pensiero condiviso che i trattamenti basati sull'esercizio fisico provochino benefici nel cervello sia a livello strutturale che connettivo. Nuove tecniche neuroscientifiche stanno dando rilevanza a questo argomento, aggiungendo il rigore scientifico alle proposte di attività fisica nel trattamento delle malattie mentali (Lam & Riba, 2016).

Il trattamento farmacologico serve a compensare gli squilibri nella funzione del sistema nervoso centrale: può infatti bloccare i recettori della dopamina, in quanto un'elevata quantità di questa sostanza può produrre allucinazioni e delusioni. Il trattamento farmacologico aiuta ad organizzare il pensiero, a prevenire le recidive e agisce da filtro per evitare un flusso eccessivo di informazioni da un neurone all'altro nel cervello. La prova scientifica che un'attività fisica regolare può portare alcuni cambiamenti nel cervello (Clow & Edmunds, 2014) consentirebbe di utilizzarla congiuntamente con i trattamenti farmacologici per ottenere risultati più efficaci e, cosa più importante, per migliorare la qualità della vita di chi ha problemi di salute mentale.

Per definire un programma di attività fisica, i professionisti che lavorano nel campo della salute mentale e dei servizi sociali dovrebbero poter disporre di linee guida che indichino il programma di attività fisica più appropriato in base ai sintomi del paziente e agli effetti collaterali del trattamento farmacologico in uso. Si dovrebbe inoltre tener conto delle esigenze individuali dei pazienti, per produrre un quadro concettuale che possa guidare allo stesso modo i professionisti ed i pazienti.

L'attività fisica per gli individui con disturbi depressivi e dell'umore

Ansia e depressione sono molto comuni in quasi tutti i paesi del mondo. I sintomi causano disfunzioni psicologiche e limitazioni occupazionali significative. In molti casi, addirittura impediscono qualsiasi tipo di contributo non solo in termini di produttività sul lavoro, ma anche nella sfera delle relazioni personali. La gestione di queste sfide richiede un approccio multidisciplinare, in cui l'attività fisica gioca un ruolo molto importante.

Per molti decenni, i farmaci e gli interventi psicologici sono stati riconosciuti come i trattamenti più efficaci per le malattie mentali. Tuttavia, questi trattamenti possono essere migliorati con basati sullo sport e sull'attività fisica.

L'attività fisica produce effetti ansiolitici molto significativi (Bailey, Hetrick, Rosenbaum, Purcell & Parker, 2017; Wegner et al., 2014): come ben documentato in letteratura, può calmare l'ansia attraverso adattamenti del comportamento, regolazione autonoma, sostegno sociale e cambiamenti neurofisiologici (Ströhle, 2009).

L'efficacia di nuove modalità di attività fisica nel trattamento di diversi stadi di ansia e depressione, quali i cosiddetti esercizi corpo-mente (Lee, 2007) e gli esercizi basati sulle tecniche di respirazione è attualmente in via di sperimentazione. Che l'esercizio aerobico migliori lo stato mentale e inneschi la felicità è comprovato dall'evidenza dei cambiamenti neurofisiologici (Broman-Fulks & Storey, 2008; Bailey et al., 2017). Baron e colleghi hanno

raccolto diversi casi studio per dimostrare come l'esercizio fisico possa avere effetti terapeutici sull'umore dei pazienti in diversi contesti clinici (Lam & Riba, 2016). Stilger et al (2016) hanno dimostrato come la combinazione dei trattamenti farmacologici e psicoterapeutici con l'attività fisica abbia migliorato il decorso dei sintomi depressivi (Stilger, Franklin, Trivax e Vanhecke, 2016).

La depressione può aggravare o influenzare la prognosi delle condizioni cardiovascolari: aumenta significativamente la gravità, ostacola la riabilitazione ed è associata ad un livello di mortalità maggiore (Bradley & Rumsfeld, 2015). Se poi consideriamo gli effetti collaterali dei farmaci usati per il trattamento, il rischio aumenta. L'esercizio fornisce un ponte terapeutico molto utile per trattare sia la depressione che le malattie cardiovascolari in modo più versatile.

Non è chiaro quale debbano essere la durata e l'intensità dell'esercizio aerobico per produrre effetti antidepressivi. Per esplorare questo problema, uno studio ha confrontato gli effetti di dosi maggiori o minori di esercizio sulla depressione e su altri sintomi associati (Rethorst, Wipfli & Landers, 2009). L'analisi approfondita dei risultati clinici ha enfatizzato che le caratteristiche individuali, inclusi i precedenti in famiglia e le condizioni fisiche, sono fattori chiave da considerare nel progettare un trattamento.

Il trattamento dei Disturbi Depressivi Maggiori nei giovani o negli adolescenti presenta complicazioni maggiori, e la combinazione di attività fisica o sport con il trattamento farmacologico può diventare una risorsa importante. In primo luogo, per i giovani, l'esercizio fisico e lo sport sono un'opzione più attraente rispetto ad altri tipi di terapie. Dopp et al (2012), ad esempio, hanno affermato che l'attività fisica e lo sport favoriscono l'empowerment e l'autostima dei giovani con Disturbo Depressivo Maggiore, rafforzando il loro ruolo rispetto ad altri tipi di terapie (Dopp, Mooney, Armitage & King, 2012).

Per riassumere, parecchi studi contemplano la possibilità di trattare i sintomi depressivi e compensare gli effetti collaterali dei trattamenti farmacologici attraverso lo sport, l'attività fisica e l'esercizio.

L'attività fisica come intervento in casi di schizofrenia e psicosi correlate

La schizofrenia è una delle malattie più invalidanti negli adulti. I rischi principali sono i sintomi positivi, in particolare le allucinazioni visive e uditive (paracusia) (Ali et al., 2011). I trattamenti farmacologici in uso per la gestione dei sintomi positivi sono efficaci, ma possono causare problemi di autodisciplina e cognitivi, che, soprattutto nei soggetti con malattie croniche, possono culminare nella perdita di volontà, limitando il recupero e la

partecipazione sociale (Lam & Riba, 2016). Sfortunatamente, i trattamenti ad oggi disponibili sono per lo più di natura farmacologica e psicoterapica, i cui inevitabili effetti collaterali sono quelli menzionati. Sono stati fatti diversi tentativi per mitigare i deficit cognitivi e motivazionali delle persone che soffrono di schizofrenia, ma con scarso successo. Oltre agli effetti collaterali cognitivi e motivazionali, occorre considerare gli effetti metabolici e l'aumento di peso. Diventa prioritario proporre trattamenti alternativi che possano mitigare questi effetti collaterali, fra cui l'attività fisica. La letteratura esistente suggerisce che l'esercizio aerobico, nelle prime fasi della malattia, può ridurre gli effetti collaterali a livello metabolico (Aguirre-Urdaneta, Rojas-Quintero e Lima-Martinez, 2012; Mitchell et al., 2013; Yogaratnam, Biswas, Vadivel & Jacob, 2013). L'esercizio aerobico sembra in grado di innescare cambiamenti cerebrali e di correggere le reazioni neuro protettive, promuovendo la neurogenesi nell'ippocampo e ricalibrando la plasticità neuronale (Clow & Edmunds, 2014). Questi cambiamenti cerebrali possono aiutare il paziente a gestire alcuni dei sintomi del suo stato di salute mentale e alleviare gli effetti collaterali dei farmaci.

Alcuni studi hanno evidenziato gli effetti positivi dell'attività fisica nell'attenuare alcuni sintomi della schizofrenia. Questi studi focalizzano la loro attenzione sui cambiamenti cerebrali sia a livello strutturale che funzionale (Malchow et al., 2015).

Come già accennato, la combinazione dell'attività fisica con altri trattamenti risulta più efficace se viene applicata su individui giovani nella prima fase della malattia, quando non è cronica. I professionisti che lavorano nel campo medico/sociale dovrebbero potersi avvalere di un quadro dettagliato, che fornisca le informazioni necessarie per pianificare l'intervento e le fasi da seguire.

Chen e Lee (2011) hanno documentato le loro esperienze di utilizzo dell'attività fisica con giovani ai loro primi episodi psicotici, riportando risultati molto incoraggianti. Il loro programma, chiamato HONG KONG FITMID, fornisce ai professionisti linee guida dettagliate per l'utilizzo dell'attività fisica come trattamento alternativo per giovani che si stanno riprendendo da un primo episodio psicotico (Lam & Riba, 2016).

La maggior parte delle ricerche e degli articoli scientifici ha esplorato gli effetti dell'attività aerobica nel benessere in genere, mentre è ben più scarsa la letteratura sugli effetti dell'attività fisica nelle persone con problemi mentali. Nonostante le loro origini spirituali, yoga, tai chi e meditazione sono pratiche comunemente usate nelle comunità asiatiche per migliorare la salute e gestire lo stress. Queste attività sono note come esercizi mente-corpo, i cui elementi centrali sono la respirazione, la coordinazione e la meditazione (Wei, Si

& Tang, 2017). Gli esercizi mente-corpo migliorano la percezione di se stessi e delle sensazioni più sottili del corpo (propriocezione). Studi recenti hanno aggiunto una dimensione empirica all'efficacia di questi esercizi mente-corpo per gestire i sintomi psicosomatici nelle persone con problemi di salute mentale (Wei et al, 2017). Gli effetti dello yoga sono stati esaminati da un punto di vista terapeutico (Varambally e Gangadhar, 2012) dimostrando che questa pratica può aiutare a gestire i problemi cognitivi e dell'umore associati alla schizofrenia. Tuttavia, gli autori affermano che le pratiche meditative dello yoga non possono essere generalizzate.

Esistono alcune linee guida su come motivare i pazienti ad intraprendere attività fisiche e su come renderle sostenibili nel lungo periodo. Con il crescere dell'interesse e dell'esperienza, i professionisti saranno in grado di adeguare i trattamenti alle esigenze dei propri pazienti.

CONCLUSIONI, RACCOMANDAZIONI E SUGGERIMENTI

L'uso dell'attività fisica e dell'esercizio in combinazione con altri tipi di trattamenti, compresi quelli farmacologici o psicoterapeutici, è preso sempre più in considerazione dai professionisti della salute mentale. Ne sono prova i numerosi studi e articoli disponibili o in corso d'opera, che esplorano questo argomento e mettono in evidenza i benefici dell'attività fisica in pazienti con problemi mentali.

I benefici identificati da queste ricerche sono i seguenti:

L'attività fisica aiuta a tenere sotto controllo gli effetti collaterali negativi dei farmaci (ad esempio obesità, sindrome metabolica, diabete).

L'attività fisica riduce l'ansia e i comportamenti depressivi, facilita le interazioni sociali e l'adattamento. La riduzione dei sintomi negativi promuove il coinvolgimento attivo dei pazienti nella terapia e la sua efficacia.

L'attività fisica e gli sport sono più apprezzati rispetto ai trattamenti classici, in quanto più motivanti e stimolanti, e questo è un importante fattore di successo quando si lavora con giovani o adulti con problemi di salute mentale.

L'attività fisica e gli sport sono apprezzati socialmente, promuovono l'inclusione sociale e la partecipazione. Inoltre, la disponibilità di fondi pubblici per praticare sport e attività fisica è sempre più estesa. L'utilizzo di fondi pubblici aumenta la visibilità, riduce lo stigma sociale e promuove la pratica di un'ampia gamma di attività ad un costo molto basso.

Quando si pianifica un'attività fisica come trattamento alternativo, i professionisti devono tenere conto delle esigenze, dei trattamenti farmacologici, dei sintomi, delle condizioni fisiche, del contesto, degli interessi e dell'ambiente di ogni singolo individuo. Fortunatamente, esiste una grande varietà di attività fisiche e sportive; adeguare il programma alle esigenze del paziente dipenderà solo dalla conoscenza e dalla creatività del professionista, oltre che dalle risorse disponibili.

A differenza delle terapie farmacologiche e della psicoterapia, che spesso hanno una durata limitata nel tempo - specialmente nei casi di depressione, ansia e disturbi dell'umore - l'attività fisica e l'esercizio possono diventare parte integrante di uno stile di vita sano e possono continuare anche quando i problemi di salute mentale sembrano risolti. L'attività fisica può diventare un trattamento, ma è soprattutto un modo di vivere per mantenere un'adeguata salute fisica e mentale.

Tuttavia, vi è la necessità di attuare politiche e programmi all'interno di un quadro comune, che possa aiutare i professionisti ad applicare in modo sistematico l'attività fisica e lo sport come trattamento alternativo delle malattie mentali.

Professionisti con background diversi dovrebbero unirsi in team interdisciplinari per massimizzare i risultati del proprio lavoro. I team dovrebbero includere una varietà di esperti, fra cui professionisti del settore fisico e sportivo, dei servizi sociali e del settore della salute mentale, per lavorare sulla promozione dell'autonomia personale, sull'adesione ai trattamenti farmacologici e sull'integrazione sociale delle persone con problemi di salute mentale.

Sulla base delle evidenze disponibili, diventa essenziale condurre ulteriori ricerche e produrre prove scientifiche sulla relazione tra attività fisica, esercizio, sport e salute mentale. I nuovi approcci dovranno considerare l'impatto dell'attività fisica da un punto di vista più sociale, fondamentale per promuovere il recupero, invece di concentrarsi soltanto sull'impatto fisiologico degli interventi farmacologici comuni.

Riferimenti bibliografici

- Aguirre-Urdaneta, M. a., Rojas-Quintero, J. J., & Lima-Martínez, M. M. (2012). Actividad física y síndrome metabólico: Citius-Altius-Fortius. *Avances En Diabetología*, 28(6), 123–130.
- Ali, S., Patel, M., Avenido, J., Bailey, R. K., Jabeen, S., & Riley, W. J. (2011). Hallucinations: Common features and causes. *Current Psychiatry*, 10(11), 22–29.
- Bailey, A. P., Hetrick, S. E., Rosenbaum, S., Purcell, R., & Parker, A. G. (2017). Treating depression with physical activity in adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological Medicine*, 1–20. doi:10.1017/S0033291717002653
- Barton, J., & Rogerson, M. (2017). The importance of greenspace for mental health. *BJPsych International*, 14(4), 79-81.
- Bhandari, S. (2016). Causes of Mental Illness. WebMD. Retrieved from <https://www.webmd.com/mental-health/mental-health-causes-mental-illness#1>
- Blair Kennedy, A., & Resnick, P. B. (2015). Mindfulness and Physical Activity. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 9(3), 221-223.
- Boyer, W. R., Indelicato, N. A., Richardson, M. R., Churilla, J. R., & Johnson, T. M. (2017). Associations between mental distress and physical activity in US adults: a dose-response analysis BRFSS 2011. *Journal of Public Health*, 1–6. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fox080>
- Bradley, S. M., & Rumsfeld, J. S. (2015). Depression and cardiovascular disease. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 25(7), 614-622
- Broman-Fulks, J. J., & Storey, K. M. (2008). Evaluation of a brief aerobic exercise intervention for high anxiety sensitivity. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21(2), 117–128.
- Callado, L. F., Ortega, J. E., & Horrillo, I. (2009). Bases neurobiológicas de la depresión. *Salud (i) ciencia (Impresa)*, 16(8), 835-838.
- Cano, A.I., García, A. E., Zurbano, S.L., Ajona, A.F., Arenaza, J.G., Ocerinjauregui, B. A., & Arrillaga, A.M.G.P.(2014). Efectos adversos de antipsicóticos atípicos, diferencias según sexo. *Psiquiatría Biológica*, 21(3), 95–101.
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., & Rus-Calafell, M. (2017). Efectos secundarios de la medicación antipsicótica y calidad de vida en pacientes con esquizofrenia latinoamericanos. *Terapia Psicológica*. 35(1), 111-114
- Chen, E. Y., Tang, J. Y., Hui, C. L., Chiu, C. P., Lam, M. M., Law, C. W., ... & Chan, K. P. (2011). Three-year outcome of phase-specific early intervention for first-episode psychosis: a cohort study in Hong Kong. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(4), 315-323.
- Clinic Mayo, S. (2016). Antidepressants: get tips to cope with side effects. Retrieved from <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/indepth/antidepressants/art-20049305?pg=1>
- Clow, A., & Edmunds, S. (2014). Physical Activity and Mental Health. *Human Kinetics*. Leeds. UK.
- Deslandes, A., Moraes, H., Ferreira, C., Veiga, H., Silveira, H., Mouta, R., ... Laks, J. (2009). Exercise and mental health: Many reasons to move. *Neuropsychobiology*, 59(4), 191–198.
- Dopp, R. R., Mooney, A. J., Armitage, R., & King, C. (2012). Exercise for adolescents with depressive disorders: A feasibility study. *Depression Research and Treatment*, 2012, 257472257481

- Ekkekakis, P. (2013). *Routledge Handbook of Physical Activity and Mental Health*. Abingdon. Routledge..
- Ferguson, J. M. (2001). SSRI antidepressant medications: adverse effects and tolerability. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 3(1), 22-27.
- Firth, J., Rosenbaum, S., Stubbs, B., Gorkzynski, P., Yung, A. R., & Vancampfort, D. (2016). Motivating factors and barriers towards exercise in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46(14), 2869–2881.
- Foster, C., Shilton, T., Westerman, L., Varney, J., & Bull, F. (2017). World Health Organisation to develop global action plan to promote physical activity: time for action. *Br J Sports Med* Published Online First: 19 July 2017. doi: 10.1136/bjsports-2017-098070
- Fox, K. R., Biddle, S. J. H., Fox, K. R., & Boutcher, S. H. (2000). The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. *Physical Activity and Psychological Well-Being*, 13, 81–118.
- Gerber, M., Kalak, N., Lemola, S., Clough, P. J., Pühse, U., Elliot, C., ... Brand, S. (2012). Adolescents' exercise and physical activity are associated with mental toughness. *Mental Health and Physical Activity*, 5(1), 35–42.
- Guillin, O., Abi-Dargham, A., & Laruelle, M. (2007). Neurobiology of Dopamine in Schizophrenia. *International Review of Neurobiology*, 78, 1-39. DOI:10.1016/S0074-7742(06)78001-1
- Hibbert, C., & Rothschild, B. (2016). *8 Keys to Mental Health Through Exercise*. New York. W. W. Norton, Incorporated.
- Hodgson, M. H., McCulloch, H. P., & Fox, K. R. (2011). The experiences of people with severe and enduring mental illness engaged in a physical activity programme integrated into the mental health service. *Mental Health and Physical Activity*, 4(1), 23–29.
- Holt, N. L. (2016). *Positive youth development through sport*. Abingdon. Routledge.
- Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Bartels, M. N., Ballon, J. S., Castrén, E., & Sloan, R. P. (2017). Aerobic Exercise Training in People with Schizophrenia: Neural, Cognitive, and Functional Benefits. *Biological Psychiatry*, 81(10), S162–S163.
- Lam, L. C., & Riba, M. (Eds.). (2016). *Physical Exercise Interventions for Mental Health*. Cambridge University Press.
- Landolfi, E. (2013). Exercise addiction. *Sports Medicine*, 43(2), 111–119.
- Lauer, H. (2006). *The new Americans: defining ourselves through sports and fitness participation*. Fort Mill. American Sports Data, Inc.
- Lee, E.-K. O. (2007). Mind—Body—Spirit Practice and Perceived Self-Efficacy for Mental Health Promotion: An Exploratory Study. *International Journal of Mental Health Promotion*, 9(3), 35–47.
- Lin, S.H., Lee, L.T., & Yang, Y. K. (2014). Serotonin and mental disorders: a concise review on molecular neuroimaging evidence. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience: The Official Scientific Journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 12(3), 196–202.
- Malchow, B., Keller, K., Hasan, A., Dörfler, S., Schneider-Axmann, T., Hillmer-Vogel, U., Falkai, P. (2015). Effects of Endurance Training Combined with Cognitive Remediation on Everyday Functioning, Symptoms, and Cognition in Multiepisode Schizophrenia Patients. *Schizophrenia Bulletin*, 41(4), 847–858.
- Medina, J., & García de León, M. (2004). Efectos secundarios de los antidepressivos. *Vigilia-Sueño*, 16(supl. 1), 48–57.

- Mitchell, A. J., Vancampfort, D., Sweers, K., Van Winkel, R., Yu, W., & De Hert, M. (2013). Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders-a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 306-318
- Morgan, W. P. [Ed]. (1997). *Physical activity and mental health*. New York. Taylor & Francis
- OMS. (2013). OMS | Salud mental: un estado de bienestar. Who. Retrieved from http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
- OMS. (2016). Actividad física. Oms. Retrieved from <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- Pickett, K., Kendrick, T., & Yardley, L. (2017). "A forward movement into life": A qualitative study of how, why and when physical activity may benefit depression. *Mental Health and Physical Activity*, 12, 100 - 109
- Rethorst, C. D., Wipfli, B. M., & Landers, D. M. (2009). The Antidepressive Effects of Exercise. *Sports Medicine*, 39(6), 491-512
- Richards, J., Jiang, X., Kelly, P., Chau, J., Bauman, A., & Ding, D. (2015). Don't worry, be happy: cross-sectional associations between physical activity and happiness in 15 European countries. *BMC Public Health*, 15(1), 53 <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1391-4>
- Saiz Ruiz, J. Sánchez, V., Diego C., & Sánchez Páez, P. (2010). Bases neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica Y Salud*, 21(3), 235-254
- Sosso, F. A. E., & Raouafi, S. (2017). An Overview of Positive Interaction between Exercise and Mental Health. *Journal of Neurology and Neuroscience*, 8(4), 215
- Ströhle, A. (2009). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission*, 116(6), 777-784.
- Tizón, J., Artigue, J., Parra, B., Sorribe, M., Ferrando, J., Pérez, C., ... Marzari, B. (2008). Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿es posible realizar una detección preventiva?. *Clínica y Salud*, 19(1), 27-58
- Tost, H., Champagne, F. A., & Meyer-Lindenberg, A. (2015). Environmental influence in the brain, human welfare and mental health. *Nature Neuroscience*, 18(10), 1421-1431.
- Varambally, S., & Gangadhar, B. N. (2012). Yoga: A spiritual practice with therapeutic value in psychiatry. *Asian Journal of Psychiatry*, 5(2), 186-189.
- Verde, L (2005). *Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Union Europea en materia de salud mental*. Bruselas. Comisión de las Comunidades Europeas.
- Wegner, M., Helmich, I., Machado, S., Nardi, A., Arias-Carrion, O., & Budde, H. (2014). Effects of Exercise on Anxiety and Depression Disorders: Review of Meta- Analyses and Neurobiological Mechanisms. *CNS & Neurological Disorders - Drug Targets*, 13(6), 1002-1014.
- Wei, G.-X., Si, G., & Tang, Y.-Y. (2017). Editorial: Brain-Mind-Body Practice and Health. *Frontiers in Psychology*, 8, 1886. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01886>
- Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Degenhardt, L., Feigin, V., & Vos, T. (2015). The global burden of mental, neurological and substance use disorders: An analysis from the global burden of disease study 2010. *PLoS ONE*, 10(2) : e0116820. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116820>
- WHO. (2005). *Mental Health: Facing the Challenges, building solutions*. Report from the World Health Organisation. European Ministerial Conference on Mental Health, Helsinki, Finland, January 2005.

- Woo, T. U. W. (2014). Neurobiology of schizophrenia onset. In: Andersen S., Pine D. (eds) *The Neurobiology of Childhood. Current Topics in Behavioral Neurosciences*, vol 16. Springer, Berlin, HeidelbergWorld Health Organization. (2009). *Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care*. Geneve. World Health Organization.
- Yogaratnam, J., Biswas, N., Vadivel, R., & Jacob, R. (2013). Metabolic complications of schizophrenia and antipsychotic medications-an updated review. *East Asian Archives of Psychiatry*, 23(1), 21–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23535629>

10 L'attività fisica per il trattamento di pazienti con disturbi mentali: i bisogni formativi dei professionisti.

AUTORI:

Stefania Giambelluca, Project Manager, European Cooperation Department, CESIE – Expert in Mental Health

Irene Pizzo, Adult & School Unit Coordinator, CESIE – Exper in Life Long learning and Entrepreneurship



INTRODUZIONE

Le autorità sanitarie di tutto il mondo concordano sull'impatto positivo dell'attività fisica e dell'esercizio sulla salute (OMS, 1995). La relazione positiva tra attività fisica e salute è stata ben documentata in numerosi studi, sia per gli adulti che per i bambini. Revisioni sistematiche e meta-analisi hanno dimostrato che l'attività fisica e l'esercizio migliorano la funzione cardiovascolare, lo sviluppo muscolo-scheletrico e la salute mentale dei bambini (Janssen e LeBlanc, 2010). Sono ampiamente riconosciuti anche gli effetti positivi dell'attività fisica sulla salute mentale, che viene raccomandata come trattamento aggiuntivo e misura preventiva contro la depressione. Carless e Douglas (2010) sostengono che ad oggi la letteratura disponibile su attività fisica e salute mentale non si è preoccupata di dimostrare il potenziale per il recupero in un senso più ampio, umanista e positivo, e che la ricerca fornisce pochi spunti teorici sugli effetti dell'attività fisica sui disturbi mentali (Carless & Douglas, 2010). I servizi di assistenza sanitaria non sono ancora riusciti a integrare l'attività fisica nel trattamento del disagio mentale, e anche se l'attività fisica si è dimostrata di fondamentale importanza, la sua pratica è ancora

ignorata e poco utilizzata (Clow & Edmunds, 2014). Gli operatori sanitari non possono continuare ad ignorare il legame evidente fra inattività fisica e cattiva salute, e dovrebbero considerare la possibilità di proporre un sistema sanitario che supporti i pazienti fisicamente attivi. Ricerche recenti e risultati clinici hanno dimostrato l'utilità dell'attività fisica come strategia preventiva alternativa, che può essere utilizzata come trattamento complementare o integrativo nelle malattie mentali (Firth et al., 2015; Rosenbaum et al., 2014). Alcuni professionisti sanitari tuttavia rifiutano l'uso dell'esercizio come alternativa ai farmaci, ritenendo che non abbia alcun effetto sul comportamento del paziente (Sallis, 2011). Questo argomento, oltre a quello che Clow e Edmunds (2014) descrivono come una mancanza di conoscenza, porta alla seguente domanda: in che modo medici, professionisti e ricercatori possono fornire consigli pratici sull'effetto dell'attività fisica nel trattamento della salute mentale?

La combinazione di risultati basati sulla conoscenza e sull'evidenza potrà aiutare i formatori, gli allenatori e i professionisti a comprendere l'importanza dell'attività fisica e dell'esercizio nel trattamento della salute mentale.

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

Obiettivo

Questo documento intende aiutare i professionisti dello sport e della salute mentale a comprendere l'impatto positivo dell'attività fisica sulla salute mentale. Il documento intende fornire ai professionisti nuove conoscenze sulle pratiche disponibili e su come utilizzarle.

C'è un forte divario tra le evidenze che supportano l'uso dell'attività fisica nel trattamento della salute mentale e la sua reale inclusione nella terapia (Biddle & Mutrie, 2008). Olofsgard (2009) identifica quattro fattori chiave che influenzano la decisione dei medici di attivare o meno percorsi di attività fisica nella terapia: (1) il livello personale di attività fisica, (2) la conoscenza dell'attività fisica, (3) l'atteggiamento nei confronti dell'utilizzo dell'attività fisica nella prevenzione e nella cura delle malattie mentali (4) la frequenza e il comportamento associati alla terapia fisica. Lo studio ha evidenziato che i medici con i valori più alti nei quattro fattori indicati hanno più propensione ad utilizzare la terapia fisica con i propri pazienti.

Per integrare l'attività fisica nel trattamento della malattia mentale, occorre analizzare le esperienze esistenti e comprenderne il potenziale. Il presente documento si propone di esplorare i bisogni formativi dei professionisti dell'istruzione fisica e della salute mentale, per consentire loro di proporre l'attività fisica ai propri pazienti. Data la portata delle ricerche che dimostrano l'associazione positiva tra attività fisica e benessere mentale, è fondamentale formare professionisti e allenatori su come integrare l'attività fisica nel trattamento dei disturbi mentali. Occorre quindi conoscere e descrivere tali pratiche, per aiutare i terapeuti a raggiungere i loro obiettivi.

I ricercatori hanno descritto alcuni modi in cui l'esercizio può essere utilizzato per soddisfare i bisogni individuali di chi soffre di malattie mentali. Gli studi focalizzati sulla misurazione di risultati psicologici potrebbero fornire ulteriori evidenze a favore dell'utilizzo dell'attività fisica nei contesti terapeutici (Alexandratos, Barnett & Thomas, 2012). Curran et al. (2016) affermano che occorre un approccio più strategico per lavorare su un programma di salute mentale che garantisca interventi di elevata qualità.

APPROCCIO METODOLOGICO

Per comprendere di quali conoscenze abbiano bisogno i professionisti per poter utilizzare l'attività fisica nel trattamento della salute mentale, il documento si concentra sulle esperienze dei professionisti sul campo, analizzandone le storie e le sfide. Vengono descritti le pratiche correnti, alcuni metodi per trasferire le conoscenze raccolte sul campo in consigli pragmatici applicabili alla pratica quotidiana, e fornite informazioni pratiche per l'organizzazione di programmi di esercizio mirati a migliorare la qualità della vita delle persone con disturbi mentali.

REVISIONE BIBLIOGRAFICA

Sallis (2011) afferma che c'è molta strada da percorrere per arrivare ad un sistema sanitario che supporti i pazienti attivi. Occorre collegare il settore del fitness con il settore sanitario: il peso delle malattie croniche associate all'inattività sta crescendo ad un ritmo vertiginoso e gli operatori sanitari non possono più ignorare la relazione tra inattività fisica e cattiva salute. Sallis (2011) afferma inoltre che i medici hanno il dovere di valutare le abitudini di ogni paziente in relazione all'attività fisica, e di assicurarsi che comprendano i

rischi associati all'inattività. Pertanto, i medici devono saper motivare i pazienti ad eseguire l'attività fisica prescritta e devono poter contare su professionisti del fitness a cui affidarli. Szuhany et al (2014) descrivono l'attività fisica come una forma di trattamento nuova, efficace ed alternativa nel trattamento dei disturbi dell'umore e dell'ansia. Molte ricerche suggeriscono inoltre che l'esercizio fisico può essere un trattamento economicamente sostenibile ed accessibile ai soggetti con problemi di salute mentale.

Nonostante le numerose evidenze a favore dell'esercizio fisico come trattamento per i disturbi della salute mentale, Walsh (2011) sottolinea che il tema dell'esercizio fisico viene affrontato raramente in psicoterapia, e lo consiglia solo il 10% dei professionisti della salute mentale. Hitschfeld (2011) ha identificato alcuni degli ostacoli che scoraggiano i terapeuti dal raccomandare l'esercizio fisico ai propri pazienti: alcuni mettono in discussione l'efficacia dell'esercizio nella pratica, altri, anche se favorevoli all'esercizio fisico, lo considerano fuori dell'ambito della psicoterapia (Faulkner & Biddle, 2001), altri ancora non ne parlano con i propri pazienti perché ne ignorano gli effetti sui disturbi psicologici (Faulkner & Biddle, 2001). La mancanza di tempo, la convinzione che la psicologia riguardi più la mente che il corpo, e la tendenza a credere che il paziente non sia in grado di allenarsi con costanza sono barriere che scoraggiano gli psicoterapeuti dal proporre l'esercizio fisico come terapia (Faulkner & Biddle, 2001; McEntee & Halgin, 1999).

Hitschfeld (2011) e Olofsgaard (2009) affermano che esiste una relazione positiva tra il livello di attività fisica che gli operatori sanitari svolgono personalmente e l'interesse a proporre l'esercizio ai pazienti. I terapeuti che si allenano con impegno, o che hanno un atteggiamento positivo verso l'esercizio fisico per curare o prevenire i disturbi psicologici, o che sono più informati sui benefici dell'attività fisica, saranno più propensi ad incoraggiare i propri pazienti a svolgere attività fisica e a prescriverla in terapia (Hitschfeld, 2011).

Biddle and Mutrie (2008) hanno analizzato i fattori determinanti e i risultati nell'utilizzo dell'attività fisica nel trattamento dei disturbi mentali. Riportano la necessità di ulteriori ricerche per provare che, nel lungo termine, l'attività fisica può produrre cambiamenti comportamentali e prevenire il rischio di recidiva. Ricercatori e professionisti dovrebbero lavorare insieme, applicare la teoria alla pratica ed esplorare nuovi canali di comunicazione, come le nuove tecnologie dell'informazione, videoconferenze o semplicemente il contatto telefonico. Tuttavia, alcuni operatori sembrano non essere

ancora convinti dei benefici dell'attività fisica, e secondo Biddle and Mutrie (2008) sono necessarie nuove ricerche, che si concentrino su gruppi e condizioni diversi.

Nel 2011, Carlson e Bourd hanno approfondito il concetto di terapia basata sull'attività fisica, suggerendo un approccio che valorizzi la scelta e l'autonomia del paziente, che può essere riassunto nei seguenti termini: Valutare, Informare, Concordare, Assistere e Organizzare. I passaggi sono i seguenti:

Fase 1: valutare i livelli di attività fisica dei pazienti (compresi i minuti di attività che si impegnano a svolgere per settimana), i rischi per la loro salute, la loro capacità di partecipare al programma (analizzando difficoltà e sfide) ma anche la loro volontà di cambiare.

Fase 2: informare i pazienti sui rischi, sui benefici e sui principi FITT (Frequenza, Intensità, Tipo e Tempo), adattando il messaggio alle loro caratteristiche, ma tenendo sempre in considerazione le linee guida e ricordando che le sessioni più brevi sono più adatte per i pazienti sedentari.

Fase 3: concordare con i pazienti un piano d'azione, coinvolgendoli nella definizione di obiettivi specifici e concreti; concordare un piano settimanale potrebbe aumentare le probabilità di successo.

Fase 4: assistere il paziente per aiutarlo a superare gli ostacoli e ad usufruire delle risorse offerte dalla comunità, fornendo un elenco delle risorse locali disponibili, come palestre, escursioni di gruppo, parchi pubblici ecc.

Fase 5: organizzare le attività di follow-up, feedback e sostegno, che potrebbero concretizzarsi in una semplice telefonata, in una cartolina o in una lettera, con l'obiettivo di incrementare i livelli di attività e ricordare l'importanza di una attività fisica costante.

Alcuni dei seguenti elementi sono essenziali perché un programma di attività fisica risulti efficace:

spiegare gli esercizi o inviare messaggi motivazionali su carta stampata o via computer risulta più efficace di una seduta faccia a faccia;

definire i propri obiettivi e monitorare autonomamente i risultati aiuta a modificare il comportamento: sono utili a questo scopo dispositivi di monitoraggio giornalieri, come contapassi e cardiofrequenzimetri. Il feedback è una componente fondamentale dell'auto-monitoraggio e dell'autoregolazione;

cogliere "le opportunità di percorsi personalizzati" disponibili;

poter contare su allenatori entusiasti e competenti, che è un elemento importante quanto il programma di allenamento vero e proprio;
ridurre il rischio di incidenti per incrementare la frequenza.

http://www.mindingourbodies.ca/about_the_project/literature_reviews/physical_activity_and_mental_health

Nel Regno Unito, le società di calcio professionistiche vengono utilizzate come sedi per l'attuazione di interventi a favore della salute mentale, tramite (i) l'organizzazione di attività fisiche per migliorare la salute mentale della popolazione in generale, (ii) l'organizzazione di attività fisiche per le persone con disturbi mentali e (iii) l'organizzazione di servizi di salute mentale all'interno delle strutture delle società calcistiche. Secondo Curran et al (2017), le società di calcio professionistiche possono facilitare l'accesso ai servizi di salute mentale, in particolare dei giovani, per i quali il ricorso a tali servizi può essere altamente stigmatizzante. Le ricerche hanno evidenziato che tali interventi hanno un impatto positivo sulla salute. Questi servizi rappresentano opportunità importanti, ma gli enti preposti devono predisporre risorse adeguate, sia umane che finanziarie, per garantire un programma ed una valutazione efficaci. Occorre un approccio strategico per definire un programma di salute mentale efficace: cambiare le modalità pratiche consentirebbe ai club calcistici di offrire programmi di alta qualità a persone con problemi mentali.

RISULTATI:

In breve, la ricerca suggerisce che ci sono ancora barriere che ostacolano l'integrazione dell'esercizio e dell'attività fisica in psicoterapia. Infatti, solo il 10% dei professionisti della salute mentale consiglia esercizio ed attività fisica ai propri pazienti (Walsh 2011), poiché molti di loro ritengono che la psicologia riguardi più la mente che il corpo. L'attività fisica, quindi, rimane fuori dall'ambito della psicoterapia (Faulkner & Biddle, 2001; Mc Entee & Halgin, 1999). Inoltre, c'è ancora una scarsa conoscenza degli effetti e dell'impatto dell'attività fisica sui diversi disturbi psicologici (Faulkner & Biddle, 2001). Allo stesso tempo, i professionisti di salute mentale più informati sui benefici dell'attività fisica, e quindi più inclini a prescrivere l'esercizio fisico ai propri pazienti, hanno bisogno di nuove evidenze scientifiche per dimostrare che, nel lungo termine, l'attività fisica può favorire cambiamenti comportamentali e prevenire il rischio di recidive (Biddle & Mutrie 2008).

CONCLUSIONI

In questa revisione sono emersi due problemi principali relativi ai bisogni formativi dei professionisti dello sport e della salute mentale. Il primo è che, come Walsh (2011) ha evidenziato, solo il 10% dei professionisti di salute mentale raccomanda l'attività fisica ai propri pazienti, poiché pensa che il corpo non sia così connesso alla psicologia. Questo documento ha evidenziato l'importanza dell'attività fisica, ma se i professionisti non sono ancora propensi ad utilizzarla con i loro pazienti, occorre sensibilizzarli sui benefici dell'attività fisica.

Il secondo è che ci sono pochissimi programmi formativi che permettano ai professionisti del settore dello sport e della salute mentale di acquisire le competenze tecniche e professionali necessarie per lavorare efficacemente con persone con problemi di salute mentale. Le università, o altri enti educativi, dovrebbero elaborare piani di studio in grado di colmare il divario e di proporre trattamenti efficaci nel settore della salute mentale.

Complessivamente, andrebbe migliorata la connessione tra il sistema sanitario e il settore sportivo per promuovere l'utilizzo dell'attività fisica nella trattamento nella salute mentale, sia come forma di trattamento innovativa ed efficace nei disturbi dell'umore e di ansia, che nella salute mentale in generale.

Riferimenti Bibliografici

- Biddle, S. H. & Mutrie, N. (2008). *Psychology of physical activity* (2nd ed.). London, UK: Routledge.
- Biddle, S. J. H., Fox, K.R. & Boutcher, S.H. (2000). *Physical activity and psychological well-being*. London, UK: Routledge.
- Carless, D., & Douglas, K. (2010). *Sport and physical activity for mental health?* Oxford, UK: Wiley-Blackwell.
- Carlson, A.M. & Bourd, R.J. (2011). *Counseling on physical activity to promote mental health. Practical guidelines for family physicians*, Can Fam Physician, 57 (4):399-401
- Clow, A. & Edmunds, S. (2013). *Physical Activity and Mental Health*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Curran, K., Rosenbaum, S., Parnell, D., Brendon, S., Pringle, A., & Hargreaves, J. (2016). *Tackling mental health: the role of professional football clubs*. Sport in Society, 20(2), 281-291.
- Hitschfeld, M. (2011). *Addressing exercise in therapy: Therapists' personal exercise habits, attitudes, knowledge, and perceived barriers to addressing exercise with clients*. Fall Edmonton, Alberta: Fall.
- Lam, L.C.W. & Riba, M. (2016). *Physical Exercise Interventions for Mental Health*. Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Lawrence, D. & Bolitho, S. (2011). *The Complete guide to physical activity and mental health*, London, UK: A&C Black.
- McEntee, D.J. & Halgin, R.P. (1999). *Cognitive group therapy and aerobic exercise in the treatment of anxiety*. Journal of College Student Psychotherapy. Volume 13, 1999 - Issue 3
- Olofsgard, M. J. (2009). *Physical activity counseling and prescription in psychiatry: Swedish mental health professionals' clinical practices, attitudes, and knowledge*. Stockholm University, 1992
- Probst, M. & Carraro, A. (2014). *Physical activity and mental health: A practice-oriented approach*. Milano, Italy: Edi.ermes
- Sallis, R. (2011). Developing healthcare systems to support exercise: Exercise as the fifth vital sign. *British Journal of Sports Medicine*, 45, 473-474.
- Smits, J. A. & Otto, M. W. (2009). *Exercise for mood and anxiety disorders*. New York, NY: Oxford University Press.

Il Sport e Salute Mentale nei sistemi educativi

AUTORE:

Maria Rita Bracchini, Economist, Expert in economy of the education and EU projects Manager



INTRODUZIONE

Il Preambolo del Protocollo di Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1946), firmato dai rappresentanti di 61 Stati, indica che la salute è "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non, semplicemente, l'assenza di malattia o infermità".

L'inattività fisica è il quarto più importante fattore di rischio di mortalità nel mondo, provocando il 6% dei casi di cardiopatia ischemica, il 7% dei casi di diabete di tipo 2, il 10% dei casi di cancro al seno, il 10% dei casi di cancro al colon; determinando la morte di circa 3,2 milioni di persone al mondo su base annua (OMS, 2010).

Nonostante le evidenze e la conoscenza circa la correlazione tra attività fisica e salute, molti giovani europei sono inattivi o non sufficientemente attivi. In particolare, alcuni dati recenti (Eurobarometro speciale, 2014) indicano che l'80% degli adolescenti europei non è sufficientemente attivo. I risultati dell'indagine Eurobarometro 2017 su sport ed attività fisica confermano i persistenti alti tassi di inattività fisica nell'Unione europea, già rilevati dall'indagine del 2014. Uno studio del 2015 sul costo economico dell'inattività fisica (CEBR - Centre for Economics and Business Research, 2015) ha dimostrato che tale inattività è responsabile di oltre 500.000 morti all'anno in tutta Europa e rappresenta un costo economico di 80,4 miliardi di euro, equivalenti al 6,2% della spesa sanitaria europea. Si stima, inoltre, che al 2030 il costo economico annuale giungerà ad oltre 125 miliardi di euro.

In tale contesto, a luglio 2017 è entrato in vigore il nuovo piano di lavoro dell'UE per lo sport (2017-2020), basato sulla valutazione della Commissione ed adottato il 23 maggio 2017 dai ministri dell'Unione Europea responsabili dello sport, riuniti nel Consiglio «Istruzione, gioventù, cultura e sport» (European Union Work Plan for Sport, 2017). Tale documento stabilisce le priorità che gli Stati membri e la Commissione devono perseguire fino al 2020:

Integrità dello sport, con particolare attenzione alla buona governance, alla tutela dei minori, alla lotta contro le partite truccate, il doping e la corruzione;

Dimensione economica, con particolare riferimento all'innovazione nello sport e al mercato unico digitale;

Sport e società, in particolare l'inclusione sociale, il ruolo degli allenatori, mezzi di informazione, ambiente, sanità, istruzione e diplomazia sportiva.

Le scuole hanno un ruolo chiave e rappresentano l'ambiente ideale, per ciò che concerne lo sport e l'educazione fisica, quali elementi di promozione della salute mentale. Vi è un numero crescente di evidenze che dimostrano che il tempo sottratto alle lezioni accademiche a favore dell'attività fisica, non incide negativamente sulle prestazioni scolastiche. Al contrario, la ricerca sostiene ampiamente i benefici educativi positivi derivanti dall'attività fisica per i giovani (Beni, Fletcher & Chroinin, 2017).

Nonostante ciò, come approfondito nelle pagine seguenti, l'educazione fisica spesso ha un ruolo marginale nei programmi scolastici, che comporta la graduale diminuzione del tempo ad essa destinato, risorse finanziarie ed umane inadeguate.

I bassi livelli di attività fisica tra bambini e adolescenti nell'Unione europea sono talmente allarmanti da destare la preoccupazione dei decisori politici. Il fatto che fino all'80% degli studenti pratici solo sport a scuola, fa sì che l'ambiente educativo delle scuole diventi lo strumento principale per promuovere l'attività fisica e la salute mentale.

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

L'educazione fisica è definita come un processo educativo che utilizza l'attività fisica quale mezzo per permettere agli individui di acquisire abilità, forma fisica, conoscenze ed attitudini, contribuendo al loro completo sviluppo e benessere.

L'educazione fisica a scuola non solo contribuisce a migliorare la forma fisica e la salute degli alunni, ma li aiuta anche a svolgere attività fisica comprendendone al tempo stesso

l'importanza e le ripercussioni positive per tutta la vita. Inoltre, l'educazione fisica a scuola fornisce conoscenze e competenze trasferibili, come il lavoro in team, il comportamento leale, il rispetto, la consapevolezza del corpo e, a livello sociale, oltre ad favorire la comprensione generale delle "regole del gioco", che gli studenti possono immediatamente sfruttare anche per le altre materie scolastiche e nella vita.

Dati i suoi numerosi benefici, l'attenzione a livello europeo verso la promozione dell'attività fisica è cresciuta sempre di più. Il Trattato europeo di Lisbona del 2009 ha offerto le basi, sul piano giuridico, affinché l'Unione Europea richiedesse lo sviluppo della dimensione europea nello sport e la promozione delle questioni sportive a livello europeo.

Promuovere lo sport e l'attività fisica a scuola preserva la salute mentale degli studenti, migliorare il clima per l'intera comunità scolastica, riduce l'abbandono scolastico e migliorare le prestazioni degli alunni.

Poiché lo scopo del presente documento di approfondimento è discutere le numerose sfide per il normale svolgimento dell'educazione fisica nelle scuole, è necessario prendere in considerazione alcuni elementi chiave, funzionali al corretto inserimento dell'educazione fisica nei programmi scolastici europei:

A) L'orario di insegnamento prescritto per l'educazione fisica varia in maniera significativa da un paese all'altro e da un livello di istruzione all'altro. Inoltre alcuni paesi stabiliscono a livello centrale le ore minime di educazione fisica, mentre altri lasciano tale decisione alle scuole (Commissione europea/EACEA/ Eurydice, 2013). In generale, la quota di orario raccomandata per l'educazione fisica è piuttosto bassa rispetto a quella prevista per altre materie; ciò rivela che questa materia è comunemente percepita come di minore importanza.

Nell'ottica degli attuali sviluppi politici, e per meglio comprendere la condizione attuale dell'educazione fisica in Europa, è stato prodotto dalla rete Eurydice il rapporto dal titolo "Educazione fisica e sport a scuola in Europa" (2013) con la finalità di descrivere lo stato dell'arte dell'educazione fisica e delle attività sportive a scuola in 30 paesi europei. Il rapporto è da considerarsi il primo tentativo della Commissione europea di individuare i punti chiave di debolezza e di forza dell'educazione fisica a scuola.

B) Gli insegnanti svolgono un ruolo fondamentale nel tradurre le finalità politiche dell'educazione fisica e sportiva in efficaci pratiche scolastiche. Le qualifiche professionali degli insegnanti sono importanti, dal momento che sono strumentali non solo ad

aumentare la motivazione dei giovani verso l'attività fisica, ma anche a promuovere uno stile di vita sano.

C) La necessità di metodi appropriati di insegnamento e tecniche di valutazione è un altro elemento fondamentale e, a tal fine, mancano ancora indicatori di qualità per l'educazione fisica (Quality Physical Education - QPE).

D) La disponibilità di strutture e attrezzature: un insegnamento efficace in classe necessita di adeguate strutture ed attrezzature sportive.

Ed infine

E) Sebbene si registrino, in molti paesi europei, alcuni miglioramenti nelle politiche e nelle pratiche di inclusione legate al genere e alla disabilità, permangono gli ostacoli alla parità di condizioni e alle opportunità di accesso per tutti; in particolare gli ostacoli persistenti alla piena inclusione di alunni e giovani con disabilità comprendono: infrastrutture inadeguate, insufficienze nell'offerta di personale docente qualificato e personale di sostegno, carenza di attrezzature adeguate, nonché di materiali per l'apprendimento e l'insegnamento.

DEFINIZIONI PRELIMINARI

Sistemi educativi europei

Nei sistemi educativi europei, coesistono tre principali modelli di organizzazione dell'istruzione obbligatoria: un tipo di istruzione articolata in una struttura unica, che prevede che l'offerta di istruzione obbligatoria venga offerta dall'inizio alla fine del percorso senza alcuna transizione tra il livello primario e il livello secondario inferiore (per esempio in Danimarca, Norvegia e Croazia); l'offerta di un curriculum comune di base, dall'istruzione primaria all'istruzione secondaria inferiore (Germania, Austria); e un tipo di istruzione secondaria inferiore differenziata, (Italia, Francia) (Eurydice Facts and Figures, 2017).

Salute Mentale

La salute mentale è definita come uno stato di benessere attraverso il quale, ogni individuo realizza il proprio potenziale, affronta il normale stress della vita, lavora in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di dare un contributo alla propria comunità (OMS, 2004).

La dimensione positiva della salute mentale è sottolineata nella definizione di salute dell'OMS, contenuta nel suo atto costitutivo: "La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l'assenza di malattie o infermità". La salute mentale è il fondamento del pensiero, della comunicazione, dell'apprendimento, dell'autostima e della capacità di recupero di ciascun individuo. La salute mentale è anche la chiave per le relazioni, per il benessere personale ed emotivo e per il contributo di ciascuno alla comunità o alla società.

La salute mentale è il presupposto per un efficace funzionamento delle attività quotidiane con un impatto diretto sulla produttività (lavoro, scuola), sulle relazioni e sulla capacità di adattarsi al cambiamento e affrontare le avversità.

Attività fisica - Esercizio fisico

Secondo la definizione dell'OMS, per attività fisica si intende ogni movimento corporeo prodotto dai muscoli scheletrici che comporti un dispendio energetico - incluse le attività effettuate lavorando, giocando, dedicandosi alle faccende domestiche, viaggiando e impegnandosi in attività ricreative. Un'attività fisica regolare di intensità moderata, come camminare, andare in bicicletta o praticare sport, ha notevoli benefici per la salute (OMS, 2017).

Sport

Un'attività che comporta uno sforzo fisico ed abilità, in cui un individuo o una squadra competono l'uno contro l'altro, per divertimento. Un'occasione in cui le persone competono in varie discipline atletiche (Oxford Living Dictionary).

APPROCCIO METODOLOGICO

Il presente paper analizza la documentazione esistente relativa allo sport e alla salute mentale all'interno dei sistemi educativi in Europa. Sono prese in considerazione anche le strategie alternative che sono state realizzate o potrebbero essere implementate per promuovere le attività sportive nelle scuole, così come le azioni intraprese in Europa per promuovere lo sport nel sistema educativo ed i relativi risultati. Al fine di garantire l'adeguatezza della procedura metodologica allo scopo del presente documento di approfondimento, è stato adottato un approccio multi - metodo/pluralistico. Tale approccio comprende la raccolta dei dati generati da una serie di fonti, tra cui informazioni derivate

da recenti studi internazionali, europei e nazionali relativi all'educazione fisica; studi e documenti normativi europei; revisioni sistematiche; indagini realizzate a livello locale e piani d'azione dell'OMS. Il presente documento è, dunque, supportato da un'ampia revisione della letteratura e da un'analisi dei casi studio relativi allo sport ed alla salute mentale all'interno dei sistemi educativi, con particolare riferimento agli approcci/politiche che possano avere un impatto positivo.

I principali argomenti di indagine sono stati:

- In che modo l'educazione fisica è strutturata nel sistema scolastico dell'Unione Europea e quali sono le principali differenze da paese a paese?
- In che modo l'educazione fisica è organizzata da un punto di vista metodologico?
- Quali sono le differenti caratteristiche dei programmi di educazione fisica?
- Quali sono i principali problemi in relazione all'educazione fisica nelle scuole europee
- Cosa rende efficace un programma di educazione fisica a scuola?
- In che modo lo sport e la promozione della salute a scuola possono coniugarsi in un approccio educativo complessivo?
- Quali azioni sono consigliate dall'Unione Europea e quali sono state intraprese finora?

Tutte le domande sopra elencate sono analizzate attraverso le differenti tipologie di revisione bibliografica: valutativa, esplorativa e strumentale, incluso l'utilizzo e la raccolta della letteratura pertinente, dei documenti normativi europei e di ulteriori documenti correlati.

Gli argomenti approfonditi sono suddivisi in 4 blocchi principali di analisi:

- Benefici dell' educazione fisica sulla salute mentale a scuola
- Programma di educazione fisica (obiettivi, temi, contenuti, questioni relative alla rilevanza e alla qualità, metodi di monitoraggio e di valutazione)
- Personale didattico ed insegnante di educazione fisica di qualità
- Risorse, strutture e attrezzature

REVISIONE BIBLIOGRAFICA

Benefici dell' educazione fisica sulla salute mentale a scuola – evidenze scientifiche

Senza dubbio, vi è un'ampia consapevolezza, supportata da numerose evidenze, dei benefici dell'educazione fisica sulla funzione esecutiva, sull'attività cerebrale e sui sintomi depressivi dei bambini e degli adolescenti. L'importanza dell'attività fisica dovrebbe essere promossa nell'ambiente scolastico, così come nelle attività extra-scolastiche.

Hillman e colleghi (2014) hanno esaminato gli effetti dell'attività fisica sulla funzione cerebrale e cognitiva in 221 bambini di età compresa tra i 7 ed i 9 anni. I bambini sono stati suddivisi, in modo casuale, in un programma di attività fisica extra scolastico della durata di 9 mesi ed in un gruppo di controllo in lista di attesa. Il programma si è basato sul miglioramento della capacità aerobica, attraverso l'attività fisica. Il funzionamento cognitivo è stato valutato attraverso attività che hanno misurato la capacità d'attenzione e la flessibilità cognitiva. Alla fine dell' intervallo di 9 mesi, il gruppo impegnato nel programma di attività fisica ha dimostrato maggiore capacità d'attenzione e flessibilità cognitiva. I bambini che hanno partecipato a un numero maggiore di sessioni di attività fisica, hanno avuto cambiamenti maggiori nelle misurazioni dell' attività cerebrale.

In considerazione di tali risultati che rilevano una maggiore attenzione dei bambini che si impegnano in programmi di attività fisica, sarebbe importante comprendere se i medesimi effetti siano riscontrabili anche nei bambini con disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD). Pontifex e colleghi (2013) hanno valutato l'effetto di una singola sessione di esercizio aerobico di intensità moderata su bambini con ADHD. Nella ricerca, sono stati coinvolti venti bambini di età compresa tra 8 e 10 anni con ADH, abbinati ad un gruppo di controllo sano. I bambini hanno partecipato ad una sessione di 20 minuti di esercizio aerobico o ad una lettura su di un tapis roulant a motore. La registrazione dei potenziali cerebrali e delle attività cognitive sono state valutate durante entrambe le condizioni. I bambini hanno mostrato una maggiore risposta nel controllo dell'attenzione, un miglioramento nei test di comprensione della lettura e di aritmetica.

Infine, la relazione tra depressione ed educazione fisica nei bambini e negli adolescenti è recentemente al centro di una rinnovata attenzione. Una ricerca di Kremer ed altri (2014) ha analizzato le correlazioni tra sintomi fisici e depressivi, attraverso un' indagine trasversale su 8.256 bambini e adolescenti che hanno completato uno strumento di

autovalutazione online. Agli studenti sono state poste differenti domande sul loro livello di attività fisica, compreso il numero di giorni che frequentano le lezioni di educazione fisica; il livello di attività durante le lezioni; il numero di giorni in cui sono particolarmente attivi dopo la scuola; il coinvolgimento in sport o in altre attività scolastiche ed extra scolastiche; le occasioni in cui sono coinvolti squadre ed organizzazioni sportive o altre attività. I sintomi depressivi sono stati valutati utilizzando il questionario Mood and Feelings. Sono stati riscontrati sintomi depressivi, da moderati ad alti, per il 33% dei giovani coinvolti. Le probabilità di sintomi depressivi erano inferiori laddove erano maggiori le opportunità di essere coinvolti in uno sport o in altre attività scolastiche o extra scolastiche, di essere attivi durante le lezioni di educazione fisica e di praticare sport sia a scuola che fuori.

Altri studi esaminano ulteriori aspetti relativi alla correlazione fra livello di attività fisica dello studente e benessere mentale, mettendo in evidenza che l'esercizio fisico induce un miglioramento nel modo di pensare e di risolvere i problemi, maggiori capacità di attenzione e migliori livelli di apprendimento. Ovviamente, tutti questi elementi sono associati a migliori prestazioni scolastiche. Secondo uno studio del Dipartimento dell'Educazione del Delaware, "gli studenti che sono fisicamente in forma, hanno più probabilità di avere un rendimento migliore e di comportarsi bene a scuola - indipendentemente dal sesso, dalla razza, dal reddito familiare o dal distretto scolastico". Ratey (2013) ha rilevato che durante l'attività fisica, il cervello produce una proteina chiamata BDNF o fattore neurotrofico cerebrale, responsabile della connessione delle cellule cerebrali. Più queste connessioni sono forti, quale conseguenza di costante attività fisica, più è facile per i bambini comprendere e conservare le informazioni.

In aggiunta a ciò, le endorfine che il cervello rilascia durante l'esercizio fisico aiutano a migliorare l'umore, i livelli di energia e persino il sonno. La maggior parte degli studenti riferisce di sentirsi calmi e di provare un senso di benessere dopo l'esercizio fisico. Tali effetti positivi aiutano a migliorare la fiducia in sé stessi e la resilienza, riducono l'ansia, migliorando le relazioni e l'auto-percezione della propria immagine corporea.

In relazione a quanto finora analizzato, e nello specifico che 1) circa l'80% degli studenti pratica sport esclusivamente a scuola e 2) le ore dedicate alle lezioni di educazione fisica sono limitate, si può pervenire all'ipotesi che le scuole sono fondamentali per la promozione dell'attività fisica e della salute mentale.

I programmi di educazione fisica (obiettivi, temi, contenuti, questioni relative alla rilevanza e qualità, metodi di monitoraggio e valutazione) – evidenze scientifiche

Il già citato rapporto Eurydice (2013) della Commissione europea su "Educazione fisica e sport a scuola in Europa" afferma che tutti i paesi europei riconoscono l'importanza dell'educazione fisica a scuola, concordando che esista un importante legame tra salute e sport. Nonostante tale consenso, la quota di orario raccomandata per l'educazione fisica è piuttosto bassa rispetto a quella prevista per altre materie; ciò rivela che questa materia è comunemente percepita come di minore importanza.

L'educazione fisica è parte di tutti i curricula centrali ed è obbligatoria nell'istruzione primaria e secondaria inferiore di tutta l'Europa. Nonostante ciò, l'orario di insegnamento prescritto per l'educazione fisica varia in maniera significativa da un paese all'altro. Per esempio, nell'anno scolastico 2011/12 l'orario medio minimo raccomandato nel livello primario va dalle 37 ore in Irlanda alle 108 in Francia. Nel livello secondario l'orario va dalle 31 ore a Malta alle 108 ore in Francia. Tali risultati mostrano quanto i bambini europei siano lontani dal raggiungere le raccomandazioni dell'OMS sull'attività fisica, qualora non praticino un'intensa attività fisica al di fuori della scuola.

Questa differenza, come riportato dal Rapporto Eurydice (2013), è particolarmente evidente nell'istruzione primaria. Qui la proporzione dell'orario destinato all'educazione fisica si avvicina solo alla metà dell'orario dedicato alla matematica.

Complessivamente, la quota totale di orario assegnata all'educazione fisica è di poco inferiore alle 70 ore annue, equivalenti a circa un terzo delle ore riservate alla lingua di istruzione e a circa la metà di quelle destinate alla matematica. Anche il budget dedicato all'educazione fisica nelle scuole risultato essere inadeguato, il che, si riflette nella qualità spesso scarsa e nella mancanza di attrezzature sia a livello primario che secondario, rispettivamente nel 26% e nel 38% dei paesi europei.

Per quanto riguarda le raccomandazioni sull'orario minimo di insegnamento, esistono grandi differenze tra i paesi. Se si considera il periodo dell'istruzione obbligatoria nel suo insieme, si nota che l'orario destinato all'educazione fisica cambia solo limitatamente, attestandosi sulle 50-80 ore annue, una dotazione che è rimasta all'incirca la stessa negli ultimi cinque anni. Tuttavia, rispetto alle altre materie, tale allocazione è ancora relativamente bassa, corrispondendo a meno del 10% del tempo totale di insegnamento. Nell'istruzione primaria della maggior parte dei paesi dell'UE, la quantità di orario destinato

all'educazione fisica è leggermente superiore a quello per le scienze naturali o per le lingue straniere e simile al tempo dedicato alle attività artistiche. Nell'istruzione secondaria, le tendenze rimangono le stesse rispetto alla lingua d'istruzione, alla matematica ed alle arti, permanendo, tuttavia, inferiore all'orario dedicato alle scienze naturali e alle lingue straniere.

Nella maggior parte dei paesi dell'UE, i governi nazionali hanno, quasi sempre una qualche responsabilità nella definizione del curriculum. La responsabilità è condivisa, laddove sussistono forme decentralizzate di governo, anche se solitamente è attribuita al livello regionale, come ad esempio Belgio, Germania e Spagna.

La ricerca condotta da Eurydice (2013) rileva che circa la metà dei sistemi di istruzione europei adotta strategie nazionali per la promozione e lo sviluppo dell'educazione fisica e dell'attività fisica a scuola. Alcune di esse sono elaborate specificamente per l'educazione fisica e gli sport scolastici, come in Bulgaria, Spagna e Croazia. Altre interessano l'educazione fisica nell'ambito di strategie generali dirette a fasce più ampie di popolazione, come in Lituania e Slovenia. Altre si concentrano più direttamente sui giovani, come in Italia.

Lo stesso rapporto sottolinea che circa la metà dei sistemi di istruzione ha adottato strategie nazionali per promuovere l'educazione fisica e l'attività fisica, mentre due terzi di essi ha posto in essere iniziative su vasta scala.

In alcuni paesi, le iniziative su vasta scala coordinate a livello centrale sostituiscono (questo è il caso della Germania, Italia e Finlandia) o completano (come in Spagna, Portogallo, Polonia e Romania) le strategie nazionali. In generale, le scuole ricevono finanziamenti nel quadro di tali iniziative, la cui attuazione è supportata da coordinatori specificamente designati.

Tutto ciò evidenzia chiaramente una volontà politica di sviluppare e incoraggiare l'educazione fisica nelle scuole, come fattore determinante per il benessere sociale e la salute. La salute ed uno stile di vita sano sono spesso enfatizzati negli obiettivi nazionali e nei risultati di apprendimento legati all'educazione fisica, mentre, in alcuni paesi, l'educazione alla salute è un argomento a sé stante. In alcuni stati, determinate attività di educazione fisica sono obbligatorie mentre, in altri, le scuole hanno autonomia nella scelta. In alcuni paesi coesistono attività obbligatorie ed autonomia scolastica.

Le autorità centrali di molti paesi hanno previsto, nei curricula per i primi anni dell'istruzione primaria, attività motorie di base come camminare, correre, saltare e

lanciare. Gradualmente questi curricula sviluppano ulteriormente tali competenze di base e le ampliano coinvolgendo discipline sportive più complesse.

I paesi europei optano per differenti modi di definizione delle strategie e dei risultati di apprendimento relativi all'educazione fisica a scuola. La differenza tra obiettivi nazionali e risultati di apprendimento non è molto chiara e una loro distinzione può essere difficile.

Ad ogni modo, vale la pena menzionare che esistono alcune aree di interesse comune che incoraggiano la cooperazione intersettoriale, come l'attivazione di gruppi svantaggiati, la lotta alle disuguaglianze attraverso la partecipazione allo sport e all'attività fisica ed il sostegno alla prevenzione delle malattie fisiche e mentali. Quasi la totalità dei paesi dell'UE identificano lo sviluppo fisico, personale e sociale dei giovani come obiettivi principali dell'educazione fisica. Tuttavia, la massima priorità viene, solitamente, attribuita allo sviluppo delle capacità motorie e fisiche.

Un'altra sfida comune in relazione all'educazione fisica è quella di compensare le ore trascorse seduti durante le altre attività in classe e, in generale, scoraggiare uno stile di vita sedentario.

Nella maggior parte dei paesi, i progressi degli alunni nell'educazione fisica sono valutati come in ogni altra materia, sebbene nei primi anni di scuola tale valutazione non sia formalmente classificata. Nell'istruzione primaria e secondaria inferiore, i due metodi di valutazione più diffusi per l'educazione fisica sono quello formativo e quello sommativo (quest'ultimo è leggermente più diffuso). Il sistema di valutazione è solitamente uguale a quello applicato per le altre materie obbligatorie. Malta, Romania, Slovenia, Svezia, Regno Unito (Inghilterra e Galles) e Islanda hanno creato scale di valutazione a livello centrale per la valutazione dei risultati riportati in educazione fisica. In Francia, è stata aggiornata e testata una scala di valutazione nazionale, per la prima volta dal 2013. Questo tipo di strumento standardizzato ha il duplice scopo di sostenere la valutazione eseguita dagli insegnanti e stabilire un quadro comune a livello nazionale per il confronto dei risultati dell'apprendimento.

Solo in alcuni paesi gli studenti sono tenuti partecipare alle lezioni senza essere soggetti a una valutazione di tipo formale. Ciò avviene a Malta e in Norvegia a livello primario, mentre in Irlanda non vi è alcuna valutazione, nè a livello primario che a quello secondario.

La maggior parte dei paesi europei emette raccomandazioni chiare sui metodi da utilizzare per la valutazione dell'educazione fisica a scuola. Tuttavia, in Belgio e in Islanda le

istituzioni educative sono libere di applicare propri metodi di valutazione. La maggior parte dei paesi pubblica un rapporto finale annuo, contenente i risultati legati all'educazione fisica congiuntamente a quelli delle altre materie.

Alcuni stati hanno sviluppato scale di valutazione centralizzate al fine di fornire agli insegnanti strumenti armonizzati per valutare i risultati degli alunni del medesimo Paese. Tali scale consentono, inoltre, il raffronto a livello nazionale dei risultati dell'apprendimento.

Si può concludere che la valutazione formativa e sommativa sia presente nella pratica europea ed utilizzata dagli insegnanti. Tuttavia, entrambi i tipi di valutazione sono utilizzati principalmente per la valutazione del dominio psicomotorio, viceversa, la dimensione completa della personalità difficilmente viene colta nella pratica valutativa.

Si può anche affermare che nella valutazione sommativa, l'insegnante abbia una maggiore libertà, che può rendere soggettiva la valutazione e la misurazione della performance dello studente, sia all'interno dello stato membro che a livello internazionale.

Da ciò deriva la difficoltà a confrontare o stabilire l'effettiva performance degli studenti.

Si può anche affermare che non sia chiaro se i contenuti stabiliti nei regolamenti di educazione fisica, siano requisiti minimi o requisiti ottimali; e che non esista nemmeno un quadro globale per la valutazione della forma fisica.

Si sottolinea, a riguardo, che un quadro complessivo sarebbe in grado di classificare e presentare i risultati dell'apprendimento in modo strutturato e offrirebbe l'opportunità di fornire feedback e valutazioni oggettive e accurate in relazione all'educazione fisica.

The idea to use the European Qualification Framework, determining standards and learning outcomes in order to develop national curricula in physical education, can be a strong support for the implementation of standard-based quality curricula in physical education at EU level.

L'idea di utilizzare il Quadro Europeo delle Qualifiche, per determinare gli standard e i risultati dell'apprendimento al fine di sviluppare curricula nazionali sull'educazione fisica, potrebbe rappresentare un sostegno all'attuazione di programmi di qualità basati su standard comuni per l'educazione fisica a livello dell'UE.

Insegnante e Insegnante di Educazione Fisica di Qualità – evidenze scientifiche

I cambiamenti, gli sviluppi e le tendenze della società evidenziano la necessità di introdurre approcci innovativi ed appropriati per la formazione degli insegnanti. Le

esigenze dell'educazione fisica nella scuola contemporanea, in continua evoluzione e in contesti di comunità più ampi, rappresentano una sfida per le istituzioni responsabili della formazione degli insegnanti. E' necessario fornire agli insegnanti di educazione fisica le competenze idonee a realizzare programmi efficaci e di qualità. Tali programmi dovranno includere esperienze significative, attrarre i giovani alla gioia ed al piacere dell'attività fisica, promuovendo uno "stile di vita attivo".

Le qualifiche professionali degli insegnanti sono, quindi, fondamentali non solo per aumentare la motivazione dei giovani, ma anche per promuovere uno stile di vita sano.

Nel livello primario, l'educazione fisica viene insegnata sia da docenti generalisti che da insegnanti specialisti, a seconda dell'autonomia e delle risorse della scuola. I docenti generalisti possono essere assistiti da un allenatore o da un consulente sportivo. Tuttavia, tale pratica desta qualche preoccupazione in merito alla qualità dell'insegnamento, poiché è stato affermato che spesso tali insegnanti, non possedendo le competenze necessarie, mettono a repentaglio i risultati dell'apprendimento.

Nel livello secondario inferiore la tendenza è ad avere docenti specialisti della materia.

Agli insegnanti specialisti del livello primario è generalmente richiesto il possesso di una laurea, mentre gli insegnanti del livello secondario devono essere in possesso della laurea o, come già avviene in 15 paesi, di una laurea specialistica. Le opportunità di sviluppo professionale continuo sono offerte sia agli insegnanti generalisti che agli insegnanti specialisti per tutta la durata della carriera. (Holzweg, Onofre, Repond & Scheuer, 2013).

La portata del programma di educazione fisica di una scuola è fortemente influenzata dal tipo (o tipi) di insegnanti assunti. Sapere cosa è appropriato dal punto di vista dello sviluppo degli studenti ad ogni livello, è importante per incoraggiare uno sviluppo sano (e sicuro). Alcuni esercizi di forza, ad esempio, potrebbero non essere utili per determinate età e gruppi target (o persino dannosi).

Una qualifica specifica per insegnare a livello di scuola secondaria fornirà maggiori competenze in termini di anatomia e fisiologia del movimento rispetto a una qualifica più generalista richiesta a livello di scuola primaria. Una base di conoscenze specifiche sarà importante per valutare le abilità e le esigenze degli alunni e per adattare le attività alle situazioni particolari o a gruppi di studenti. Inoltre, l'esperienza dell'insegnante potrà essere di grande utilità nell'incoraggiare gli studenti che sono sinceramente interessati ad approfondire i temi connessi al benessere, alla salute mentale ed al corpo umano. Le scuole secondarie non hanno un programma preliminare in medicina, ma gli studenti

potrebbero trovare proprio nel proprio insegnante di educazione fisica, una guida in questa prospettiva.

Alcuni paesi europei includono nei loro programmi di educazione fisica, anche elementi di psicologia e sociologia. Lo sport è, dopo tutto, un evento sociale e necessita di competenze specifiche per guidare la socializzazione degli studenti e correggere schemi dannosi (ad esempio, quando gli studenti non includono un ragazzo, poiché temono che la sua scarsa prestazione possa mettere a repentaglio la vittoria).

Inoltre, la risposta mentale ed emotiva degli alunni allo sport e all'attività fisica è diversa da quella data negli ambienti di classe, quindi, la formazione dell'insegnante dovrebbe includere elementi di psicologia, necessari ad affrontare i problemi di stress, paura, mancanza di fiducia, motivazione al successo ed autovalutazione.

Un insegnante di educazione fisica non trascorre tutto il tempo in palestra o sul campo. Per alcune unità didattiche (ad esempio l'insegnamento dei concetti di salute) l'insegnante deve essere in classe (McLennan & Thompson, 2015).

Vari tipi di attività fisica extracurricolare offerti al di fuori dell'orario scolastico, come gare o attività salutari, sono strutturati in modo tale da rendere l'attività fisica ancora più accessibile e attraente per i giovani. Lo scopo principale è ampliare o completare le attività svolte durante l'orario scolastico. L'attività fisica extracurricolare è organizzata a livello nazionale, regionale, locale e, molto spesso, a livello di istituto.

Oltre a essere disponibili per tutti, le attività extracurricolari sono rivolte anche agli alunni con disabilità o con bisogni educativi speciali. Alcune attività extracurricolari vengono svolte anche durante la giornata scolastica. Infatti, in alcuni paesi l'educazione fisica non è limitata ai corsi di educazione fisica, ma è integrata nella routine giornaliera della scuola. In molte scuole danesi, ad esempio, gli studenti praticano la 'corsa mattutina' prima dell'inizio delle lezioni. Altri paesi utilizzano intervalli prolungati durante i quali vengono svolti vari tipi di attività fisica all'aperto o in palestra.

Nel complesso, un insegnante dovrebbe promuovere l'alfabetizzazione fisica dello studente che include, coerentemente alla letteratura scientifica attuale, "... l'abilità, la fiducia ed il desiderio di essere fisicamente attivi per tutta la vita" (Whitehead, 2016).

Alcune pubblicazioni danno ampio spazio al difficile compito di determinare quale contenuto dovrebbe essere insegnato nell'educazione fisica per supportare gli studenti a diventare istruiti fisicamente. Ad esempio, Roetert e MacDonald (2015) identificano i

seguenti elementi, come fondamentali per lo sviluppo dell'alfabetizzazione fisica degli studenti a scuola:

1. Un atteggiamento positivo verso l'attività fisica attraverso l'esperienza del senso di realizzazione e del divertimento nel praticare la materia;
2. La motivazione e la fiducia per partecipare attivamente all'esercizio fisico;
3. Competenza nel movimento, commisurata al potenziale fisico;
4. Esperienza in un'ampia gamma di attività;
5. Auto-conoscenza e auto-consapevolezza che consentano agli alunni di fissare obiettivi personali appropriati e realistici in relazione all'attività fisica;
6. Comprensione della natura del movimento, dell'importanza e del valore dell'attività fisica come contributo ad uno stile di vita attivo;
7. Comprensione di come accedere all'attività fisica al di fuori dell'orario scolastico;

Per raggiungere questi ambiziosi obiettivi, i paesi europei offrono sistematicamente opportunità di sviluppo professionale continuo ai docenti. In alcuni paesi, tali attività sono obbligatorie per tutti gli insegnanti dell'istruzione primaria e secondaria inferiore, compresi quelli che insegnano educazione fisica.

Nella maggior parte dei casi, i paesi dispongono di strategie generali che contengono al loro interno programmi o corsi di sviluppo professionale continuo rivolti a tutti i docenti. In molti paesi, vi sono varie forme di sviluppo professionale continuo incentrate sull'educazione fisica, disponibili per gli specialisti ma anche per i docenti generalisti interessati a migliorare le loro competenze in materia. L'organizzazione dei corsi e gli organismi erogatori variano da un paese all'altro. I corsi differiscono per durata, finalità e contenuti. In alcuni paesi l'offerta è completamente decentralizzata e non vi sono informazioni disponibili.

Molti paesi riferiscono dell'esistenza di attività di sviluppo professionale continuo rivolte specificamente agli insegnanti di educazione fisica. Il loro scopo è migliorare la qualità dei processi di insegnamento e apprendimento, aggiornare le competenze dei docenti e introdurli a nuove tecniche e tendenze nei metodi di insegnamento dell'educazione fisica a scuola. Tali attività comprendono anche strategie volte a motivare gli alunni a partecipare attivamente allo sport. In alcuni paesi, inoltre, i programmi nazionali di sviluppo professionale continuo sono legati all'implementazione di nuovi curricula o all'adozione di nuovi programmi educativi. Essi, cioè, servono a sostenere i docenti nello svolgimento di attività legate ai cambiamenti in atto, con differenze sostanziali nella loro messa in atto,

che vanno dalla libera scelta a designazioni specifiche ogni anno, ogni due, tre o cinque anni.

Infine, si può affermare che un insegnante efficace è un insegnante in grado di rendere la didattica costantemente interessante e di provocare un impatto in termini di sviluppo psico-motorio, cognitivo ed affettivo.

Risorse, strutture e attrezzature – evidenze scientifiche

L'analisi della documentazione nazionale ed internazionale regolarmente effettuata da Hardman (2003) evidenzia che "... La qualità delle strutture è inferiore alla media e la quantità delle attrezzature è limitata" e "... La quantità e la qualità delle attrezzature sono molto scarse. ... Le attrezzature danneggiate sono usate frequentemente; ... e servizi sono inadeguati o mal gestiti".

Con l'aumento delle richieste di sostegno finanziario da parte di istituzioni e servizi sociali, si assiste ad un processo di prioritizzazione degli investimenti pubblici. In tale contesto, l'educazione fisica, con i suoi alti costi di investimento iniziali per le strutture, associati ai costi costanti di manutenzione, può risultare un'attività dispendiosa su cui investire.

La complessità del sistema di finanziamento in materia di istruzione, che vede coinvolti i bilanci nazionali ed il trasferimento, in varia misura, alle scuole regionali e locali, unitamente ai problemi di parcellizzazione degli importi investiti o spesi nell'educazione fisica e nello sport scolastico, rendono difficile fornire informazioni precise sulle risorse finanziarie.

I finanziamenti per l'educazione fisica nelle scuole provengono da diverse fonti, tra cui amministrazioni nazionali, regionali e locali ed altri settori, principalmente privati/commerciali. Il complesso processo di trasferimento delle risorse finanziarie nazionali per l'istruzione, alle autorità regionali e locali rende difficile fornire cifre precise. Tuttavia, l'analisi dei dati aggregati suggerisce che, negli ultimi anni, più della metà dei paesi europei ha registrato delle riduzioni rispetto a tale finanziamento.

I motivi addotti per tale situazione includono la comune percezione dell'educazione fisica come materia di minore importanza rispetto alle altre, l'attribuzione delle risorse ad altre materie ed aree didattiche, i costi di manutenzione e la percezione della mancanza di valore accademico dell'educazione fisica, spesso collegata alla convinzione che essa sia semplicemente "tempo dedicato al gioco" o esperienza ricreativa.

La qualità e la quantità delle strutture e delle attrezzature a disposizione, sono importanti, poiché impattano negativamente sulla qualità stessa dell'educazione fisica. Le analisi su scala europea mostrano che oltre un quarto dei paesi (26%) dichiara una qualità bassa o media delle attrezzature e delle strutture. Allo stesso modo, il 26% dispone di una quantità limitata o insufficiente di strutture e oltre un terzo (38%) di una quantità limitata o insufficiente di attrezzature. Anche se gli esperti sostengono che la differenziazione in termini di qualità e quantità di strutture ed attrezzature sportive risulti essere geograficamente geopardizzata - in altre parole, più marcata nell'Europa centrale e orientale, che nell'Europa occidentale – confermano che il 67% dei paesi europei si trova ad affrontare il problema dei bassi livelli di manutenzione delle strutture dedicate all'educazione fisica.

Circa un terzo dei paesi indica una qualità inferiore alla media/inadeguatezza della disponibilità di impianti e attrezzature sportive.

Inoltre, circa la metà dei paesi ha una quantità limitata/insufficiente di strutture sportive e due quinti, una quantità limitata/insufficiente di attrezzature sportive.

Secondo i dati, le piscine subiscono l'impatto più gravoso, in relazione al consistente investimento finanziario necessario per il loro accesso e la loro manutenzione il che, comporta cancellazione delle lezioni o persino omissioni dai curricula in molti paesi. Una soluzione a tale insufficienza di attrezzature fisiche, potrebbe essere fornita, almeno in parte, da una condivisione più ampia delle risorse della comunità

Inoltre, sarebbe fondamentale che i responsabili delle politiche a livello locale e regionale facciano uno sforzo reale per fornire i fondi necessari per le strutture e le attrezzature sportivi, al fine di garantire un efficace svolgimento dell'educazione fisica nelle scuole.

CONCLUSIONI/RACCOMANDAZIONI

Il ruolo percepito dello sport e dell'educazione fisica si è rafforzato negli ultimi anni ed è, attualmente, ampiamente apprezzato in quanto funzionale al raggiungimento di obiettivi educativi più ampi, come il miglioramento dell'ambiente scolastico, lo sviluppo della comunità ed il rafforzamento dei cambiamenti personali, comportamentali e attitudinali degli studenti (Houlihan & Green, 2006). L'educazione fisica non è più considerata semplicemente parte del curricol, ma contributo unico all'apprendimento permanente e all'educazione.

Ad esempio, la questione dello sport è inclusa in analisi più ampie, che riguardano lo scopo dell'educazione fisica all'interno delle scuole, l'attività fisica salutare e la salute stessa (Evans, Rich & Davies, 2008) così come l'inserimento dello sport nel curriculum scolastico (es. sport vs. danza o altre forme di attività fisica) e relativi obiettivi educativi.

La panoramica fornita rileva alcune considerazioni importanti, che hanno generato numerosi effetti sull'educazione fisica a scuola e, più in generale, sullo sport in Europa. Può considerarsi una "fotografia della realtà", che rivela diverse problematiche: inadeguata allocazione di tempo nel programma scolastico; carenze nella messa a disposizione di impianti ed attrezzature sportive (correlate a finanziamenti insufficienti); personale in numero insufficiente e mancanza di insegnanti di educazione fisica/sport adeguatamente qualificati; percezione dell'educazione fisica come materia di minore importanza; presenza di ostacoli alla parità ed alle opportunità di accesso per tutti, nonostante alcuni recenti miglioramenti nelle politiche e nelle pratiche di inclusione (correlate al genere e alla disabilità); abbassamento degli standard di forma fisica dei giovani; alti tassi di abbandono dell'attività fisica/sportiva da parte delle giovani generazioni, provocati, in alcuni paesi, dalla mancanza di collegamenti sufficienti e/o da un' inadeguato livello di coordinamento della comunità scolastica.

Indubbiamente, i dati forniscono un'immagine variegata, ma comunque difficile, dello sport nelle scuole.

L'analisi dell'attuale situazione dell'educazione fisica in Europa è contrassegnata da messaggi contrastanti, con indicatori stabili in alcuni paesi, contrapposti ad iniziative politiche positive ed efficaci in altri e reticenze o bassa volontà politica di agire, in altri ancora. Molti governi si sono impegnati a fornire provvedimenti a favore dell'educazione fisica, ma sono stati (o sono) lenti nel tradurre tale volontà in azione.

Gli stati, attraverso le autorità competenti, dovrebbero identificare le aree di inadeguatezza esistenti e sforzarsi di sviluppare un quadro di bisogni di base, in cui l'educazione fisica abbia una presenza essenziale e sia integrata alle altre politiche educative sostenute dalle agenzie governative e non governative operanti in partenariato. La soddisfazione di tali bisogni di base richiede: la definizione di programmi di alta qualità; la messa a disposizione di attrezzature e strutture, di ambienti sicuri e di personale esperto e adeguatamente qualificato; le conoscenze, le abilità e le competenze insieme ad opportunità di sviluppo professionale continuo.

Il ruolo della scuola è incoraggiare i giovani a partecipare all'attività fisica, attraverso la messa a disposizione di collegamenti e di opportunità per tutti e lo sviluppo di partenariati con la comunità, al fine di estendere e migliorare i vantaggi disponibili per rimanere fisicamente attivi. Per tale motivo, emerge la necessità di dare vita a partenariati più ampi, nei quali l'educazione fisica dovrebbe essere inserita come pietra angolare per un'attività fisica sistematica. I modelli di partenariato di tipo partecipativo possono diventare un elemento chiave, per future iniziative verso il rafforzamento dell'educazione fisica e dell'attività sportiva dentro e fuori le scuole. Se gli studenti devono essere spostati dalle "play station" verso i "play-grounds", è evidente la necessità di costruire collegamenti e percorsi comunitari, che stimolino i giovani a partecipare all'attività fisica durante il tempo libero. Ciò potrà essere realizzato attraverso approcci collaborativi e partecipativi. Inoltre, il divario tra "promessa" e "realtà" deve essere colmato. C'è un reale pericolo, in molti paesi, che le iniziative rimangano più "promesse" che "realtà". Nonostante nell'ultimo decennio, si siano realizzate una serie di azioni ed iniziative governative, intergovernative e non governative, nonché riforme dei sistemi di educazione nazionali e dei curricula, tutte volte a migliorare l'offerta dell'educazione fisica nelle scuole; permane uno scenario incerto: la prospettiva di un futuro positivo per questa materia scolastica è contrapposta ad una diffusa inquietudine e preoccupazione per l'attuale situazione in cui versa e per la sua sostenibilità futura.

In tale contesto, le principali raccomandazioni indirizzate ai decisori politici, sono:

- C'è una grande opportunità per i settori della salute e dello sport di lavorare sinergicamente al fine di promuovere l'attività fisica salutare nei sistemi scolastici europei. Lo sport nelle scuole può svolgere un ruolo cruciale nella prevenzione delle malattie mentali. E' necessario, quindi, identificare nuove strategie nazionali ed iniziative su larga scala per promuovere la salute mentale degli alunni.
- Circa un terzo dei paesi europei sono ora impegnati in riforme o dibattiti nazionali direttamente collegati allo sport praticato a scuola. Come precedentemente descritto, i paesi dell'UE scelgono differenti modalità per la definizione delle strategie e dei risultati dell'apprendimento collegati all'educazione fisica a scuola. La differenza tra obiettivi nazionali e risultati dell'apprendimento non è molto chiara ed una distinzione fra di loro non è facile. Sulla base di ciò, un forte sostegno per la realizzazione di programmi di qualità potrebbe essere fornito dal Quadro Europeo delle Qualifiche. Gli standard, i contenuti ed i risultati dell'apprendimento

- potrebbero derivare dal Quadro Europeo delle Qualifiche, fornendo una cornice obiettiva ed adattabile per lo sviluppo di programmi di studio nazionali.
- È necessaria una formazione iniziale e continua che affronti adeguatamente gli sviluppi pedagogici e didattici, i cambiamenti sociali e culturali, contribuendo a migliorare l'esperienza degli studenti e, di conseguenza, determinando lo sviluppo di persone fisicamente istruite. Per tale motivo, è necessaria un'armonizzazione dei corsi di sviluppo professionale continuo in tutta Europa. Tale coordinamento dovrebbe avvenire in termini di programmi o corsi, relativa durata, obiettivi e contenuti al fine di migliorare la qualità dei processi di insegnamento e di apprendimento, aggiornare le competenze degli insegnanti ed introdurli a nuove tecniche e tendenze nell'insegnamento dell'educazione fisica a scuola.
 - La collaborazione intersettoriale è un elemento fondamentale per definire strategie di promozione dello sport e dell'attività fisica di successo. È, quindi, importante includere tutte le parti interessate in un processo di consultazione che sostenga uno sforzo coordinato atto a promuovere lo sport e la salute mentale nelle scuole e valorizzare le sinergie con altri settori della sanità pubblica. Le comunità locali hanno un ruolo strategico nella promozione dello sport e dell'attività fisica all'interno e all'esterno della scuola.
 - È importante fornire un quadro completo delle risorse finanziarie disponibili, al fine di attuare e monitorare le politiche legate allo sport e all'attività fisica e garantire la creazione di una base solida per l'azione.
 - È fondamentale la disponibilità di risorse finanziarie per le strutture e le attrezzature necessarie all'educazione fisica nelle scuole.

Infine

- Anche se in molti paesi europei, sono stati identificati recenti miglioramenti nelle politiche e nelle pratiche di inclusione, correlate al genere e alla disabilità, permangono ancora degli ostacoli, in particolare per gli alunni ed i giovani con disabilità, che comprendono la presenza di infrastrutture inadeguate, insufficienza dell'offerta di personale docente qualificato e personale di sostegno, carenza di attrezzature adeguate, nonché di materiali per l'apprendimento e l'insegnamento.

Riferimenti Bibliografici

- Beni,S., Fletcher,T. & Chroinin,D.N. (2017). Meaningful experiences in physical education and youth sport: A review of the literature. *Quest*, 69(3), 291-302.
- Broeke, Van,A. Dalfsen, G. (2016). Physical Education and Sport Education in the European Union: The Netherlands. In: Klein G.
- CEBR Centre for Economics and Business Research and ISCA International Sport and Culture Association (2015). The economic cost of physical inactivity. London.
- Council of Europe, Committee of Ministers, Recommendation Rec (2003) 6 of the Committee of Ministers to member states on improving physical education and sport for children and young people in all European countries. Council of Europe, April 30, 2003, Strasbourg.
- EACEA/Eurydice (2012a). Recommended annual taught time in full-time compulsory education in Europe, 2011/12. Brussels: Eurydice.
- EACEA/Eurydice (2012b). Key Data on Education in Europe 2012. Brussels: Eurydice.
- EACEA/Eurydice (2013).Physical Education and Sport at School in Europe. Brussels: Eurydice.
- EUPEA (2002). Code of ethics and good practice guide for physical education. EUPEA, Ghent.
- European Commission/EACEA/Eurydice (2013). Physical Education and Sport at School in Europe Eurydice Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Commission (2011). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, Developing the European Dimension in Sport. COM(2011) 12 final. Disponibile al seguente link:
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2011:0012:FIN:EN:PDF>
- European Commission (2017). Resolution of the Council and of the Representatives of the Governments of the Member States, meeting within the Council, on the European Union Work Plan for Sport -1 July 2017 - 31 December 2020.
- EU Working Group 'Sport & Health' (2008). EU Physical Activity Guidelines. [disponibile al seguente link: http://ec.europa.eu/sport/library/documents/c1/eu-physical-activity-guidelines-2008_en.pdf
- Eurobarometer 472 - Wave EB88.4 TNS opinion & social. (2018). Sport and physical activity. Survey requested by the European Commission, Directorate-General for Education, Youth, Sport and Culture and co-ordinated by the Directorate-General for Communication.
- Fisher,R., Repond, R.M. & Diniz, J. (2011). A physically educated person. *Contemporary Issues in Physical Education: International Perspectives*. Meyer & Meyer Sport, Mainhead, 69-89.
- Hardman,K. & Marshall J. (2000). World-wide survey of the state and status of school physical education, Final Report. University of Manchester.
- Hardman,K. (2002) Council of Europe Committee for the Development of Sport), Report on School Physical Education in Europe. Council of Europe, Strasbourg.
- Hardman, K. (2003). School physical education in Europe – rhetoric and reality: current and future perspectives. *International Journal of Fundamental and Applied Kinesiology*. 35(1), 97–107.

- Hardma, K. (2007). Current situation and prospects for physical education in the European Union. Directorate General Internal Policies of the Union, Policy Department Structural and Cohesion Policies, Culture and Education. IP/B/CULT/IC/2006/10.
- Hardman, K. (2008). The situation of physical education in schools: a European perspective. *Human movement*, vol. 9(1), pp. 5-18.
- Hillman, C.H., Pontifex, M.B., Castelli, D.M., Khan, N.A., Raine, L.B., Scudder, M.R., Drollette, E.S., Moore, R.D., Wu, C.T. & Kamijo, K. (2014). Effects of the FITKids randomized controlled trial on executive control and brain function. *PEDIATRICS* Volume 134, Number 4, October 2014.
- Holzweg, M., Onofre, M., Repond, R.M. & Scheuer, C. (2013). Physical education and school sport in Europe. *International Sport Studies*, vol.35, 2, pp.47-55.
- Klein, G. & Hardman, K. (2007), *L'éducation physique et l'éducation sportive dans l'Union européenne*. Editions Revue EP.S., Paris.
- Kirkeby, M. (2007). *Volunteers and After-School Sports Participation*. Unpublished Paper.
- Kremer, P., Elshaug, C., Leslie, E., Toumbourou, J.W., Patton, G.C. & Williams, J. (2014). Physical activity, leisure-time screen use and depression among children and young adolescents. *J Sci Med Sport*.
- McLennan, N. & Thompson, J. (2015). *Quality Physical Education (QPE): Guidelines for Policy Makers*. UNESCO Publishing.
- Onofre, M., Marques, A., Moreir, R., Holzweg, M., Repond, R.M. & Scheuer, C. (2012). Physical education and sport in Europe: From individual reality to collective desirability (Part 1). *International Journal of Physical Education*, 49(2), 17-31 and 49(3), 31-35.
- Piihse, U. & Gerber, M. (2005). *International Comparison of Physical Education. Concepts, Problems, Prospects*. Meyer and Meyer Sport, Oxford.
- Pontifex M.B., Saliba, B.J., Raine, L.B., Picchiatti, D.L., & Hillman, C.H. (2013). Exercise improves behavioral, neurocognitive, and scholastic performance in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Pediatr*.
- Ratey, J. (2013). *The Revolutionary New Science of Exercise and the Brain*, Paperback
- Roetert, E.P. & MacDonald, L.C. (2015). Unpacking the physical literacy concept for K-12 physical education: What should we expect the learner to master?. *Journal of Sport and Health Science*, 4(2), 108-112.
- Whitehead, M. (2016). Disponibile al seguente link: <https://www.physical-literacy.org.uk/>
- World Health Organization (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*, ISBN 9789241599979, Switzerland.

12 Analisi comparativa della correlazione esistente fra sport e salute mentale e fra sport e disabilità fisica o intellettuale

AUTORI:

Moira Kobše, Masters degree in Organisation and management of social activities, professional worker

Simona Litviniene, Msc in Social Pedagogy, Project coordinator

Andrej Arko, Rijeka

Tatjana Udovič, Rijeka

Melike Eşdur, Sporium



OZARA
Slovenia



A.S.O.K.
Lituania



SSOI – RIJECA
DISABILITY SPORTS
ASSOCIATION, Croazia

Sporium Kulubu ve Derneği
right sports association for persons with disabilities



GOLBASI SPORIUM
KULUBU VE DERNEGI
Turchia

INTRODUZIONE

Lo sport e l'attività fisica sono stati riconosciuti come un importante catalizzatore per la salute mentale e fisica. Differenti studi e casi studio sulla sinergia ed i benefici dello sport e dell'attività fisica dimostrano chiaramente che esiste una correlazione importante fra i due settori. Tali studi confermano l'effetto positivo diretto e/o indiretto dello sport sui problemi di salute mentale e sul benessere fisico.

Tali evidenze sono alla base della comprensione dei benefici dello sport, è altrettanto importante che in futuro si conducano studi più dettagliati e controllati per individuare i potenziali benefici per diverse popolazioni target.

Il presente documento di approfondimento mira a confrontare approcci e studi diversi per stimolare un'azione "collettiva" da parte della società.

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

The policy paper is addressing the impact of sport and/or physical activities (PA) on mental health in general and for individuals with physical and intellectual disabilities. The focus has been set on the comparative approach through:

Il presente documento di approfondimento riguarda l'impatto dello sport e/o dell'attività fisica sulla salute mentale, in generale, e sugli individui affetti da disabilità fisiche ed intellettuali. Si è adottato un approccio comparativo attraverso:

- L'analisi della correlazione fra salute/salute mentale in generale e in combinazione con l'attivazione fisica;
- La definizione del quadro generale degli studi di settore esistenti.

Una ricerca preliminare ha mostrato l'esistenza di differenti punti di vista sui benefici dello sport. Il presente documento di approfondimento trae quindi conclusioni confrontando le conoscenze e la letteratura esistenti su:

1. La psicopatologia della salute mentale nella tarda modernità.
2. L'associazione tra attività fisica e salute fisica/mentale.
3. I benefici prodotti dalla partecipazione ad attività sportive/fisiche per le persone con problemi di salute mentale e disabilità fisiche o intellettive.
4. L'inclusione sociale e sport.

Il presente documento di approfondimento riflette lo sforzo comune di quattro organizzazioni partner (Croazia, Lituania, Slovenia e Turchia) che hanno messo in comune il lavoro dei propri ricercatori con l'obiettivo di raccogliere e valorizzare le loro opinioni ed esperienze professionali sul tema specifico.

DEFINIZIONI PRELIMINARI

Salute mentale

L'Organizzazione Mondiale della Salute ha inserito la salute mentale nella definizione generale di salute, riconoscendola come parte integrante della salute in generale. La sua definizione, quale stato di benessere generale riflette lo sforzo che ciascun individuo affronta, per essere in grado di realizzare le proprie capacità, sostenere le normali tensioni della vita, lavorare in modo produttivo e fruttuoso e dare un contributo alla propria comunità (WHO 2004).

Sport

Il termine sport si riferisce allo sport nell'inglese britannico o agli sport nell'inglese americano; comprende tutte le forme di attività fisica competitiva o attività ludiche che, attraverso la partecipazione casuale o organizzata, mirano a utilizzare, mantenere o migliorare le competenze e le abilità fisiche, fornendo, al contempo, divertimento ai partecipanti ed, in alcuni casi, intrattenimento per gli spettatori. (Wikipedia). Nel presente documento di approfondimento, il termine "sport" viene utilizzato insieme all'attività fisica e all'esercizio fisico, quest'ultimo quale sottocategoria dell'attività fisica pianificata, strutturata, ripetitiva e volta a migliorare o mantenere uno o più componenti dell'idoneità fisica (OMS, 2017).

Prevenzione

Questo termine generale appare in diverse accezioni. Nell'ambito del presente documento di approfondimento, si riferisce principalmente al settore medico – sanitario. Nell'ambito di diversi studi e casi-studio riportati di seguito, la prevenzione appare come un fattore fondamentale, alla base dei benefici dello sport e dell'attività fisica. Nella sfida per individuare le soluzioni migliori per affrontare il tema della salute mentale, la prevenzione sembra essere al centro di azioni concrete. Molti studi, confermando i benefici dell'attività fisica, sono inevitabilmente connessi alla prevenzione. Poiché la prevenzione stessa è un termine abbastanza generale, ne deriva che i miglioramenti in termini di salute mentale nella società, debbano essere considerati come un'azione collettiva, che implica il coinvolgimento dei governi, del settore privato, dell'istruzione, della giustizia, del lavoro ed altro (OMS, 2004).

APPROCCIO METODOLOGICO

Il presente documento di approfondimento ha utilizzato e combinato differenti approcci/metodi di ricerca delle scienze sociali, per stabilire una base di conoscenza approfondita e mappare le evidenze recenti esistenti e più rilevanti nel settore di riferimento. I metodi e gli approcci principali utilizzati sono:

- Metodo comparativo (combinazione di studi, ricerche ed articoli scientifici)
- Sintesi di risultati generali che affrontano il tema della ricerca
- Combinazione di dati qualitativi e quantitativi che affrontano il tema della ricerca.

REVISIONE BIBLIOGRAFICA

La psicopatologia della salute mentale nella tarda modernità. Associazione tra attività fisica, salute fisica e mentale.

La salute è definita come un valore generale che garantisce una vita produttiva e di qualità per ogni individuo e, in generale, per la comunità. Rappresenta il benessere psicofisico e sociale ed è influenzata in maniera significativa da fattori economici e sociali. L'equilibrio fisico, mentale, emotivo e sociali di un individuo si riflette nella sua capacità di adattamento all'ambiente e nello svolgimento delle sue funzioni vitali. La salute non è quindi descritta solo come assenza di malattia, ma anche come benessere, soddisfazione, successo ed efficacia nell'affrontare i problemi (OMS, 2008).

Oltre alla salute fisica, la salute mentale è un fattore essenziale per lo sviluppo e la vita di ciascun individuo. Vari studi confermano che oltre all'assenza di patologie, anche la salute mentale è un fattore chiave nel determinare la qualità della vita, le capacità cognitive, la salute fisica e la produttività sociale (Huppert, 2005; Linley & Joseph, 2004; Davydov, Stewart, Ritchie & Chaudieu, 2010 in: Koželj, 2014). Il deterioramento della salute mentale genera disturbi mentali che, come le malattie somatiche, comportano difficoltà quotidiane e angoscia.

Il mantenimento della salute fisica/mentale è associato al modo di vivere dell'individuo, al rispetto dei suoi bisogni fisici, alle aspirazioni emotive e ai valori socio-culturali. Uno dei metodi più efficaci per migliorare il benessere è attraverso l'attività fisica. Vi è una crescente evidenza che l'inattività fisica e gli stili di vita sedentari sono una causa diretta di molte malattie croniche. D'altra parte, numerosi studi parlano degli effetti positivi del

regolare esercizio fisico per la prevenzione e il trattamento dei disturbi metabolici e mentali, che sono spesso indotti dallo stress cronico collegato allo stile di vita post moderno. Questi effetti positivi sono, da un lato, il risultato degli effetti neuroendocrini dell'esercizio, che aiutano a ridurre la sensibilità allo stress e, dall'altro, degli effetti metabolici periferici (aumento della sensibilità insulinica). La pratica regolare di esercizio fisico ha, quindi, una funzione sia preventiva che terapeutica, il che a sua volta migliora la qualità della vita. I fattori importanti sono il tipo, la quantità e l'intensità dell'attività fisica che dipendono dalla salute, dalla capacità, dai desideri e dagli obiettivi dell'individuo. È stato dimostrato che gli effetti benefici emergono attraverso il coinvolgimento in attività aerobiche moderate, mentre gli effetti dell'eccessiva intensità possono essere negativi per la salute e provocare, paradossalmente, un aumento del rischio di morte cardiaca e un aumento delle lesioni. L'attività fisica svolge, quindi, un ruolo importante nel trattamento e nella gestione di forme moderate o medie di disagio mentale o di malattie mentali (principalmente depressione ed ansia). L'esercizio aerobico riduce in genere i sintomi di ansia e depressione (Mikša, 2015).

Il regolare coinvolgimento in attività sportive, insieme ad un buon livello di forma fisica, riduce gli effetti negativi dello stress, riduce l'ansia, aumenta l'umore dell'individuo e la capacità di affrontare in modo più efficace le cause di ansia e sentimenti di depressione (Burnik, Potočnik e Skočić, 2003). Coloro che praticano regolarmente l'attività fisica, si sentono psicologicamente meglio, cognitivamente più capaci - specialmente nelle funzioni dei circuiti frontali - e mostrano una minore incidenza di depressione e ansia (Koželj, 2014). L'attività fisica ad alta intensità può essere una terapia aggiuntiva nei disturbi psicologici di tipo patologico (Mišigoj et al, 2003) ed è associata ad una riduzione dei problemi interpersonali e degli atti aggressivi (Koželj, 2014). La partecipazione a varie attività sportive contribuisce ulteriormente al benessere, aumentando il livello di autostima, la percezione emotiva e l'espressione. L'aumento dell'attività fisica aumenta la consapevolezza delle proprie competenze e può essere utile per sviluppare l'autostima negli adolescenti. I risultati della ricerca hanno dimostrato che le attività ricreative sono associate anche ad una minore prevalenza di disturbi mentali, in particolare disturbi dell'umore e ansia, ed è stato documentato anche il miglioramento della salute mentale (Koželj, 2014).

Il trattamento delle persone con disturbi mentali non dipende esclusivamente dalla sintomatologia della malattia, ma anche dalla loro partecipazione attiva e dall'adempimento dei ruoli e dei compiti proprio della vita sociale. Un coinvolgimento regolare e personalizzato nell'attività fisica può influenzare le abilità funzionali, le funzioni cognitive ed i sintomi della malattia. Diversi studi, supportati da evidenze circa gli effetti avversi dei farmaci, che limitano l'attività motoria ed il benessere fisico, rilevano gli effetti positivi dell'attività fisica sulla struttura e sul funzionamento del cervello, sulla salute e sul benessere delle persone affette disturbi mentali (Švab, 2016).

Nel contesto della salute mentale, lo sport e l'attività fisica hanno il potenziale di sviluppare i contatti sociali, l'autostima e la capacità di pianificazione. Studi epidemiologici dimostrano che l'attività fisica può avere un effetto positivo sulla salute mentale e sono stati dimostrati effetti terapeutici sulla popolazione clinica e non clinica. Alcuni studi hanno anche associato l'attività fisica alla possibilità di sviluppare patologie mentali. Nonostante tali studi, l'esatto meccanismo dell'influenza dell'attività fisica sulla salute mentale non è stato ancora dimostrato (Koželj, 2014). In ogni caso, un individuo in forma sotto il profilo psico-fisico avrà più probabilità di superare i fattori di stress durante il corso della propria vita, mantenendosi in salute (fisica e mentale).

Un aspetto fondamentale nella comprensione degli effetti positivi e delle funzioni dello sport è il tema dell'inclusione. In primo luogo, le definizioni e le spiegazioni su termini quali salute mentale, disabilità fisica ed intellettuale sono un fattore importante quando si analizza il ruolo dello sport: è quindi necessario fornire un'analisi comparativa dei benefici sia sotto il profilo mentale che fisico, anche nell'ambito del riconoscimento e/o del consenso sociale e scientifico sulla terminologia generale. Concettualizzare la salute mentale e le malattie mentali è al centro di molte ricerche, diversi autori richiamano alla cautela quando si utilizzano termini legati alle malattie (mentali) ed alle malattie mentali (gravi e durature) a causa degli effetti di stigmatizzazione che questi possono avere sugli individui (Carless & Douglas, 2010). Nel presente documento di approfondimento, il partenariato, pertanto, non intende definire una "scala" dei problemi di salute mentale, individuandone i "più" o i "meno" importanti. Tuttavia, una distinzione generale è fornita in termini di conoscenza della differenza tra (Zveza Sožitje, 2018):

Malattie mentali (senza compromissione cognitiva - capacità di vivere in modo indipendente e controllo delle malattie come depressione, ansia, schizofrenia - gli individui possono soffrirne a diversi livelli).

Disturbi mentali (il termine si riferisce a disabilità mentali, menomazioni delle funzioni intellettuali - processi di apprendimento, capacità motorie e sociali).

Un'altra prospettiva interessante è il confronto tra i benefici dell'attività fisica per la disabilità fisica ed intellettuale. Agli individui con disabilità mentale sono stati spesso diagnosticati diversi problemi di salute fisica come l'obesità, le malattie croniche, come l'ipertensione, alti livelli di colesterolo e diabete (Temple, Frey in Stanish in: Papež, 2010). Quest'ultimo accentua ancora di più l'importanza di un'attività fisica specificamente adattata.

Inoltre, nella prospettiva dei benefici dell'attività fisica per le persone con disabilità fisiche, la comprensione dei seguenti benefici è cruciale (mondo dei disabili, 2017):

Meno stress

Più indipendenza

Risultati più alti nell'istruzione e nell'occupazione

Dipendenza ridotta dai farmaci anti depressivi ed anti dolorifici

Minore incidenza di patologie secondarie (ad es. diabete, ipertensione)

Entro i termini sopra definiti, due fattori chiave sono importanti quando si parla dei benefici dell'attività fisica per le persone con disabilità fisiche e intellettuali (Papež, 2010):

Pari opportunità: Olimpiadi speciali, Paralimpiadi

La natura dell'attività fisica rispetto a ciascun individuo (sport individuali o di squadra - ricerca dell'equilibrio, attività fisica controllata ed organizzata che si basa sul senso di appartenenza e l'inclusione sociale come escursioni, campeggio, canoa, bicicletta, ecc.)

Infine, la salute mentale come stato di benessere che non include alcuna delle sopra citate categorizzazioni, presenta un bivio quando si affrontano gli effetti positivi generali dell'attività fisica. La salute mentale, quale parte essenziale della salute pubblica, presuppone politiche intersettoriali, così come lo sport, in generale, conferisce solidarietà, tolleranza, responsabilità e valori sociali positivi (ReNPS14-23, 2014).

INCLUSIONE SOCIALE E SPORT

Lo sport per la salute mentale

Praticare sport offre molteplici benefici mentali, tra cui buon umore ed una migliore autostima (Miller, 2017). Gli sport migliorano la serenità e l'umore, ed attraverso l'attività fisica, le persone migliorano le abilità sociali e psico-fisiche. Le persone acquisiscono fiducia e sicurezza in sé stessi e nella società. Lo sport può essere una forma di terapia mentale per persone affette da disturbi psicologici e da depressione, promuovendo l'autostima sotto forma di percezione positiva della propria immagine corporea. L'interazione con altre persone facilita l'inclusione in ambienti sociali positivi, che promuovono la salute mentale. L'attività fisica può anche ridurre il rischio di declino cognitivo, associato all'invecchiamento e può ridurre l'ansia negli adolescenti (Cohen, 2017). Attraverso l'attività fisica, le caratteristiche positive sono aumentate, così come l'atteggiamento verso le persone, verso gli obblighi, le emozioni come la soddisfazione, la felicità sono migliorate e la tristezza ridotta. I bambini imparano a vivere le vittorie e le sconfitte, come parti della loro vita quotidiana e riescono a gestire meglio tutte le emozioni ad esse associate, sia positive che negative.

L'esercizio stimola la produzione di neurotrasmettitori che migliorano l'umore e di sostanze chimiche del cervello, come le endorfine che alleviano il dolore, con effetti simili agli oppiacei (Miller, 2017).

Le persone che praticano lo sport tendono ad avere migliori performance a scuola (Rush, 2017b). Gli studenti atleti hanno voti più alti e raggiungono punteggi più alti nei test standardizzati. Hanno anche tassi di abbandono più bassi e una migliore possibilità di entrare al college. Gli sport e l'attività fisica hanno effetti positivi sulla salute mentale, riducendo la depressione e migliorando la funzione cognitiva (Cohen, 2017). Scottsdale (2017) ed altri studiosi di settore, suggeriscono quindi che per sentirsi meno ansioso, bisogna praticare lo sport.

Cohen (2017) afferma che gli sport possono promuovere la perdita di peso a lungo termine ed evitare l'aumento di peso. Gli sport aumentano i tassi metabolici e contribuiscono ad aumentare la massa magra, bruciando calorie e liberandosi del grasso in eccesso. Sebbene la quantità di attività fisica necessaria varia a seconda del tipo di corporatura e dell'apporto calorico, lo sport può aiutare una persona a mantenere un peso salutare.

Lo sport aiuta le persone di tutte le età a mantenere e migliorare la salute cardiovascolare. L'attività fisica riduce significativamente il rischio di malattie coronariche ed ictus poiché

l'allenamento riduce il colesterolo, responsabile di tali malattie. Secondo il British Parliamentary Office of Science and Technology, circa il 40% dei decessi causati da malattie coronariche, è correlato ad un'attività fisica inadeguata, all'obesità, allo stress e all'aumento della pressione sanguigna. Lo sport può alleviare tali problemi fisici, riducendo il rischio di malattia coronarica di circa il 50% (Cohen, 2017).

Lo sport come trattamento complementare

La pratica dello sport rende più forti e più sani, contribuendo a ridurre i tassi di obesità (Rush, 2017b). Le persone attive tendono ad avere tassi più bassi di diabete e pressione alta. Praticare regolarmente attività fisica, attraverso programmi sportivi, contribuisce a migliorare la funzione cardiaca e polmonare. Uno dei benefici fisici è che le persone tendono a perdere peso e ad acquisire massa muscolare, migliorandosi e migliorando la percezione di sé stessi (Scottsdale, 2017).

Lo sport contribuisce allo sviluppo muscolare, al coordinamento, alla salute cardiovascolare ed apporta numerosi altri benefici associati alla prevenzione delle malattie; l'attività fisica può prevenire le malattie croniche, tra cui le malattie cardiovascolari, il diabete, il cancro, l'ipertensione, l'obesità, la depressione e l'osteoporosi (Rush, 2017a). Attraverso lo sport e l'allenamento, c'è un rischio più basso di soffrire di tale malattie. Lo sport può ridurre il rischio di cancro al colon fino al 300 per cento, secondo il British Parliamentary Office of Science and Technology. Può anche ridurre significativamente il rischio di cancro al seno, cancro dell'endometrio e del polmone (Cohen, 2017). In generale, lo sport agisce e migliora la salute ed il funzionamento dell'organismo. L'impegno in qualsiasi tipo di attività fisica non solo fornisce benefici fisici come il controllo del peso, ma aiuta a prevenire malattie come le malattie cardiache, il diabete di tipo 2 e alcune forme di cancro, migliorando il sonno e aumentando l'energia percepita (Miller, 2017).

Inoltre, gli atleti sono regolarmente controllati da un medico sportivo e la possibilità di rilevare eventuali malattie in una fase precoce, è maggiore.

Lo sport e l'attività fisica hanno innumerevoli benefici per la salute fisica, tra cui il miglioramento della capacità cardiorespiratoria e muscolare, della salute delle ossa e l'aumento dell'aspettativa di vita. Lo sport può anche aiutare a prevenire vari tipi di cancro e l'aumento di peso (Cohen, 2017), può aiutare i bambini a sviluppare sistemi cardiovascolari e respiratori più forti (Rush, 2017a).

Inclusione sociale

Praticare uno sport di squadra è un'attività sociale. Gli sport possono avere un impatto positivo sia per i bambini che per gli adulti, offrendo opportunità di fare esercizio e trascorrere del tempo con i coetanei in un ambiente sano (Rush, 2017b). Interagendo con gli altri, gli individui sperimentano i benefici dell'interazione sociale, che può ridurre lo stress e migliorare l'umore, diminuire l'isolamento sociale e consentire di fare nuove amicizie, dimenticandosi le preoccupazioni e divertendosi con gli altri (Miller, 2017).

Lo sport è un elemento che contribuisce ad aumentare la capacità delle persone di integrarsi facilmente e rapidamente e di adempiere ad obblighi nella società. Lo sport è un mezzo di integrazione veloce, specialmente per i bambini che sviluppano un senso di accettazione e valore reciproco. Per i bambini, lo sport contribuisce a sviluppare amicizie salutari, sicure e divertenti. Gli adulti che praticano sport hanno anche l'opportunità di sviluppare amicizie che si basano su uno stile di vita attivo (Rush, 2017b). Le persone, attraverso lo sport, socializzano, entrano in contatto, collaborano e sviluppano elementi sociali che sono fondamentali, nella loro vita quotidiana, per la comunicazione e l'interazione con gli altri.

La pratica del gioco di squadra offre opzioni di socializzazione più salutari e più attive rispetto alle normali attività sedentarie (Rush, 2017b). Lo sport, in particolare gli sport di squadra, contribuisce allo sviluppo di relazioni positive, del senso di condivisione delle emozioni e di aiuto reciproco.

Lo sport può anche svolgere un ruolo importante nello sviluppo di valori, come l'onestà, il lavoro di squadra e il fair play (Rush, 2017b). Attraverso lo sport, le persone sviluppano un senso di correttezza, cooperazione con gli altri compagni di squadra, un senso di condivisione, distinguono il bene dal male, ecc.

CORRELAZIONE FRA ATTIVITA' FISICA, SALUTE FISICA E MENTALE

Si ritiene che un'attività fisica regolare sia associata ad un miglioramento della salute mentale (Hamer & Chida, 2009). L'attività fisica può svolgere un ruolo importante nella gestione di malattie mentali da lievi a moderate, in particolare depressione e ansia. Gli individui con depressione tendono ad essere meno fisicamente attivi rispetto agli individui non depressi. Le evidenze scientifiche suggeriscono che il coinvolgimento in esercizi aerobici o allenamenti di forza può ridurre significativamente i sintomi depressivi.

Tuttavia, la pratica di attività fisica regolare non ha dimostrato un effetto preventivo sull'insorgere della depressione. Anche i sintomi dell'ansia ed i disturbi da panico migliorano con l'esercizio fisico regolare, che sembra avere un effetto equivalente alla meditazione o al rilassamento. In generale, l'ansia acuta risponde meglio all'esercizio rispetto all'ansia cronica. L'attività fisica sembra apportare benefici per gli adulti e gli adolescenti con depressione o ansia, anche se gli studi sono limitati. L'eccessiva attività fisica può, tuttavia, portare ad un sovrallenamento e generare sintomi psicologici simili alla depressione. L'effetto dell'attività fisica sui disturbi della salute mentale è stato spiegato attraverso diversi meccanismi psicologici e fisiologici. In futuro, sono necessari ulteriori studi per chiarire i benefici dell'esercizio fisico sulla salute mentale di differenti popolazioni ed affrontare direttamente i processi alla base dei benefici dell'esercizio sulla salute mentale (Aluska, 2000).

L'esercizio migliora la salute mentale riducendo l'ansia, la depressione e l'umore negativo ed aumentando l'autostima e la funzione cognitiva. È stato anche rilevato che l'esercizio allevia la bassa autostima e la tendenza all'isolamento sociale. L'attività fisica è particolarmente importante nei pazienti con schizofrenia, essendo questi propensi all'obesità, spesso associata al trattamento antipsicotico, specialmente con gli antipsicotici atipici. I pazienti affetti da schizofrenia che hanno partecipato ad un programma di attività fisica della durata di 3 mesi, hanno mostrato miglioramenti nel controllo del peso, nella forma fisica, nella tolleranza all'esercizio; una riduzione della pressione arteriosa ed un incremento dei livelli di energia percepita e della forza. Trenta minuti di esercizio di intensità moderata, come camminare a ritmo sostenuto per 3 giorni a settimana, sono sufficienti a raggiungere tali benefici. Inoltre, questi 30 minuti non devono essere continui; tre passeggiate di 10 minuti hanno effetti simili ad una camminata di 30 minuti (Fogarty, Happell e Pinikahana, 2004).

I benefici per la salute derivanti dall'esercizio fisico regolare che dovrebbero essere enfatizzati da ogni professionista della salute mentale possono includere (Fogarty, Happell e Pinikahana, 2004):

1. Miglioramento del sonno
2. Maggiore interesse per il sesso
3. Miglioramento della resistenza
4. Sollievo dallo stress
5. Miglioramento dell'umore
6. Aumento dell'energia e della resistenza
7. Riduzione della percezione della fatica e maggiore prontezza mentale
8. Riduzione del peso
9. Riduzione del colesterolo e miglioramento cardiovascolare.

I responsabili dei servizi di salute mentale possono, quindi, fornire interventi basati sull'attività fisica, efficaci e comprovati da dati concreti. Sono necessari, tuttavia, ulteriori studi per chiarire, in maniera esatta, i benefici dell'esercizio sulla salute mentale tra varie popolazioni e per affrontare direttamente i processi alla base di essi.

L'associazione tra salute mentale ed attività fisica è stata esaminata dalla Scottish Health Surveys, attraverso l'analisi di un campione rappresentativo di uomini e donne (Hamer, Stamatakis & Steptoe, 2009). È stata misurata l'attività fisica autoriferita ed è stato somministrato il Questionario sul Benessere Generale (GHQ-12) per ottenere informazioni sulla salute mentale. I partecipanti erano 19.842 uomini e donne. Attraverso l'utilizzo di modelli di regressione logistica, sono stati stimati i rischi per categoria di sessioni di attività fisica per ciascuna settimana. I ricercatori hanno dichiarato che il disagio psicologico (punteggio di 4 o più rilevato attraverso il GHQ-12) era evidente in 3200 partecipanti. Qualsiasi forma di attività fisica quotidiana è stata associata ad un abbassamento del rischio di disagio psicologico, a seguito dei necessari aggiustamenti per età, sesso, gruppo economico sociale, stato civile, indice di massa corporea, malattie pregresse e fumo. E', inoltre, evidente una relazione dose-risposta, con moderate riduzioni del disagio psicologico attraverso l'attività fisica. Diversi tipi di esercizio, tra cui le attività domestiche (lavori di casa e giardinaggio), le passeggiate e lo sport, sono associati ad minori probabilità di disagio psicologico, anche se gli effetti più rilevanti sono stati osservati per le attività sportive.

Kirkcaldy ed altri (2002) hanno esaminato le associazioni esistenti tra gli sport di resistenza, l'immagine di sé, la salute fisica e psicologica e lo stile di vita generale, in un ampio campione rappresentativo di studenti tedeschi delle scuole superiori. Quasi 1000 adolescenti tedeschi (di età compresa tra 14 e 18 anni) hanno compilato una serie di questionari volti a valutare l'ansia - depressione, la dipendenza da tratto, l'abitudine al fumo ed al bere, l'auto-percezione della propria immagine, il livello di accettazione ed il livello di istruzione. I ricercatori hanno riferito che la pratica regolare dell'esercizio di resistenza è correlata a un'immagine di sé più favorevole. Si rileva una forte correlazione tra la partecipazione ad attività sportive ed una personalità tendente a resistere alla dipendenza da droghe e alcol. L'esercizio fisico è legato a livelli maggiori di benessere fisico e psicologico. Gli adolescenti che si impegnano regolarmente nell'attività fisica sono caratterizzati da livelli più bassi di ansia e depressione e mostrano molta meno inibizione comportamentale sociale rispetto alle controparti meno attive. I ricercatori concludono che il coinvolgimento in attività ricreative o fisiche migliora la percezione corporea e l'autostima. In termini di applicazioni psicoterapeutiche, l'attività fisica ha molti vantaggi aggiuntivi per gli adolescenti. È probabile che promuovendo la forma fisica, l'aumento delle prestazioni, la diminuzione della massa corporea, l'esercizio permetta di ricevere un feedback sociale più positivo ed il riconoscimento da parte dei gruppi di pari, tutto ciò contribuisce a migliorare la percezione della propria immagine (Kirkcaldy et al, 2002).

Alcuni ricercatori finlandesi hanno esaminato i benefici psicologici e fisiologici derivanti dal coinvolgimento in attività fisiche regolari. Lo studio esamina la correlazione tra frequenza di esercizio e una serie di dimensioni del benessere psicologico in un ampio campione, che comprende 3403 partecipanti (1856 donne e 1547 uomini), di età compresa tra 25 e 64 anni. Oltre a rispondere a domande riguardanti le loro abitudini di allenamento e la salute e la forma fisica percepita, i partecipanti hanno anche completato l'Inventario della Depressione di Beck, la Scala della rabbia di stato, la Scala clinica di diffidenza e l'inventario sul senso di coerenza. I risultati suggeriscono che gli individui che praticano attività fisica almeno due o tre volte alla settimana, sperimentano meno depressione, rabbia, sfiducia e stress di quelli che si allenano meno frequentemente o per niente. Inoltre, gli atleti percepiscono che la loro salute e la loro forma fisica sono migliori rispetto alla controparte che si allena meno frequentemente. Infine, coloro che praticano l'esercizio fisico almeno due volte alla settimana, presentano livelli più elevati di coerenza e

una più forte sensazione di integrazione sociale rispetto alle loro controparti che si allenano meno frequentemente. I risultati hanno indicato un'associazione rilevante tra miglioramento del benessere psicologico e coinvolgimento regolare nelle attività fisiche (Hassmén, Koivula e Uutela, 2000).

Un altro studio è stato condotto in Belgio (Asztalos, De Bourdeaudhuij & Cardon, 2009) con un campione di 6803 adulti di età compresa tra i 25 ei 64 anni, attraverso la Belgian National Health Interview Survey. Analisi di regressione logistica multipla mostrano che l'attività fisica associata alla salute mentale è caratterizzata da livelli di intensità differenti nelle donne e negli uomini. Negli uomini, esistono associazioni inverse tra partecipazione ad attività fisica intensa e sentimenti di depressione, ansia e somatizzazione. Nelle donne, sono rilevate associazioni positive tra il camminare ed il benessere emotivo ed una correlazione inversa tra partecipazione ad attività fisica di intensità moderata e sintomi di somatizzazione. Le analisi secondarie confermano che le differenze nei disturbi psicologici sono significative in relazione ad un'attività fisica vigorosa negli uomini, e ad un'attività fisica moderata per le donne, mentre per quanto concerne il benessere emotivo e l'esercizio, tale correlazione è significativa esclusivamente per le donne. Nella popolazione generale, la correlazione fra attività fisica e salute mentale è sempre positiva, indipendentemente dall'intensità dell'attività. Negli uomini, allevia i disturbi (sintomi, fastidi palpabili) e l'intensità ottimale è alta. Nelle donne, diminuisce i disturbi, l'angoscia (umore basso, ansia disturbante, benessere alterato) e l'intensità ottimale è lieve.

Lo studio di Babyak ed altri (2000) mostra che tra gli individui con disturbo depressivo maggiore (MDD), una terapia basata sull'esercizio fisico non solo è fattibile, ma anche associata ad un significativo beneficio terapeutico, specialmente se l'esercizio è costante nel tempo. Lo studio valuta lo stato di 156 volontari adulti con MDD, sei mesi dopo il completamento di un corso di quattro mesi di esercizio aerobico, terapia con sertralina o una combinazione di esercizio e sertralina. La presenza e la gravità della depressione sono state valutate dal colloquio clinico, utilizzando interviste diagnostiche, la scala di Hamilton per la depressione (HRSD) e l'Inventario della Depressione di Beck. Le valutazioni sono state eseguite all'inizio, dopo 4 mesi di trattamento e 6 mesi dopo la conclusione del trattamento. I ricercatori rilevano che i pazienti in tutti e tre i gruppi mostrano miglioramenti significativi dopo 4 mesi. La proporzione di partecipanti migliorati (vale a dire, quelli che non rispondevano più ai criteri diagnostici per la MDD e avevano un

punteggio HRSD <8) è comparabile tra i tre gruppi di trattamento. Dopo 10 mesi, tuttavia, i soggetti inclusi nel gruppo dell' esercizio fisico presentano tassi di recidiva significativamente più bassi ($p = .01$) rispetto ai soggetti nel gruppo di trattamento farmacologico. Praticare l'esercizio fisico da soli durante il periodo di follow-up, è associato ad una ridotta probabilità di diagnosi di depressione, alla fine del periodo (Babyak et al, 2000).

Ricerche precedenti confermano che l'attività fisica ha benefici per diversi disturbi cronici, tra cui malattia coronarica, ictus, diabete mellito e osteoporosi (Laurin, Verreault e Lindsay, 2001). Ci sono prove che l'attività fisica può, anche, ritardare il declino cognitivo. In ambito clinico, gli effetti benefici degli interventi basati sull'esercizio fisico, sulla memoria e su altre funzioni cognitive sono documentati negli anziani, sebbene in modo non del tutto coerente. Pochi studi epidemiologici esaminano il ruolo dell'attività fisica sul rischio di declino cognitivo e demenza negli anziani. I suggerimenti che l'esercizio può essere protettivo per la demenza e per la malattia di Alzheimer, sono stati effettuati in alcuni studi di controllo con casi prevalenti (Laurin, Verreault e Lindsay, 2001).

Gli studi di cui sopra possono persuadere la gente che la pratica costante dell'attività fisica sia necessaria per una vita produttiva. Oltre ai benefici fisici, l'esercizio può trattare efficacemente i problemi mentali e psicosociali. Le persone che si allenano regolarmente sono inclini a prevenire molti disturbi e carenze, sono più efficienti, gioiose, si divertono, godono di più delle relazioni sociali, ecc. (Lawrence, Segal & Smith, 2016). Di conseguenza, molti psicologi raccomandano l'impegno in attività fisiche, quale fattore per superare l'ansia, la depressione, l'irritabilità e lo stress quotidiano.

I BENEFICI DELLO SPORT/ATTIVITA' FISICA PER LE PERSONE AFFETTE DA DISAGI MENTALI

L'organismo umano è incline all'azione. Gli sport contribuiscono agli obiettivi generali dell'educazione, attraverso l'azione. In riferimento a tale scopo, lo sport viene inteso come un insieme di attività fisiche organizzate al fine di contribuire allo sviluppo fisico, psicomotorio, mentale, emotivo e sociale delle persone coinvolte.

In considerazione di ciò, ci si potrebbe aspettare che le attività fisiche abbiano un ruolo enorme nella vita quotidiana. Tuttavia, recenti ricerche dimostrano che non è così. Ad

esempio, alcuni studi condotti nel Regno Unito affermano che solo un terzo della popolazione pratica il livello necessario di attività fisiche per condurre una vita sana (Edmunds et al, 2013).

I benefici dello sport per la salute non sono solo fisici, ma anche psicologici. Come rilevato da Kaoukis e Duhamel (2013), un'attività fisica insufficiente può condurre a depressione, stress, fumo, obesità, ipertensione, insulino-resistenza, ecc. Tuttavia, tali benefici sono correlati a persone percepite come "sane" in termini di benessere mentale e fisico. Quindi, quali sono gli effetti delle attività fisiche sulla salute mentale per le persone con disturbi fisici o mentali? La successiva sezione tenterà di affrontare tali problemi.

Sport e disabilità fisica

Lo sport durante l'infanzia contribuisce allo sviluppo mentale e fisico (Chhun, 2012). Negli adulti, lo sport è efficace soprattutto a difesa dalle malattie cardiovascolari e per migliorare la forza muscolare, la resistenza, la potenza, la flessibilità, l'equilibrio e la coordinazione (Kaukois, Duhamel e 2013).

I benefici dello sport, tuttavia, non sono riscontrabili solo negli individui sani. Gli sport sono anche utilizzati nel trattamento di disabilità fisiche. Attraverso lo sport, le persone dimesse dall'ospedale su una sedia a rotelle o nate con una disabilità, acquisiscono la consapevolezza che la propria vita non è finita. Attraverso la riabilitazione, l'individuo può adattarsi alla sua nuova vita o costruirne una nuova (Rohwer, 2013).

I benefici degli sport come la pressione sanguigna, il rafforzamento muscolare e la coordinazione, facilitano il miglioramento fisico e la funzionalità delle persone coinvolte (Rohwer, 2013). Parallelamente, le attività fisiche migliorano le persone con disabilità con le stesse modalità con cui agiscono sulle controparti non disabili (Jearsma, 2014).

Il Movimento Paralimpico rappresenta l'esempio più rilevante di movimento sportivo per persone disabili. Coordinato dal Comitato Paralimpico Internazionale, esso fornisce le condizioni necessarie per l'empowerment degli atleti al fine di creare una società più equa, come indicato nel sito web di riferimento. Le Paralimpiadi consentono alle persone con disabilità psichiche di partecipare, in base alla loro funzionalità ed alla loro disabilità, attraverso un apposito sistema di classificazione.

Pertanto, chiunque abbia una disabilità fisica può partecipare ad una disciplina sportiva che è adatta a lei/lui. Inoltre, le discipline sportive previste nell'ambito delle Paraolimpiadi,

possono non solo essere considerate opportunità ricreative ma anche trasformarsi in posti di lavoro remunerati. Quindi, si dovrebbe affermare che il Comitato Paralimpico Internazionale consente alle persone fisicamente disabili sia di praticare lo sport, che di essere pagati per questo, il che contribuisce a renderli parte attiva della società.

Sport e disagio mentale

C'è sempre stata una correlazione tra attività fisica e psicologia umana, ovvero salute mentale, secondo le ricerche (Biddle, Fox & Boutcher, 2000). In quest'ambito, è utile richiamare la definizione di salute mentale fornita dall'OMS (2014) e da Lök (2015). La salute mentale è definita come uno stato di benessere psicologico; capace di migliorare la vita quotidiana, indipendentemente dalla salute fisica o dalle disabilità. È lo stato in cui ci si può realizzare intellettualmente, secondo le proprie esigenze quotidiane (WHO, 2014; Lök & Lök, 2015).

Il primo e più noto effetto psicologico dello sport è quello sulla depressione. Studi clinici ed epidemiologici hanno dimostrato che esiste un legame tra l'attività fisica e la diminuzione dell'ansia e dei sintomi depressivi. Nella stessa maniera, è stato dimostrato che gli esercizi aerobici hanno un effetto nel ridurre i sintomi depressivi. Pertanto, sulla base di evidenze rilevanti, si può affermare che lo sport ha una relazione diretta con il trattamento della depressione (Karatosun, 2010) (Otto & Smiths, 2011).

Gli effetti positivi dello sport sulla salute mentale possono essere percepiti in caso di disagi mentali gravi e problemi sociali. Ad esempio, secondo Cameron e MacDougall (2000), gli sport hanno un impatto sulla diminuzione dei tassi di criminalità nella società.

Nel complesso, gli sport possono aiutare le persone a migliorare la loro salute mentale, migliorando la fiducia in sé stessi, contribuendo allo sviluppo positivo della personalità, aumentando la comunicazione e la condivisione con gli altri. Di conseguenza, lo sport aumenta la motivazione alla vita, migliora le caratteristiche personali positive come l'onestà, la tolleranza e la cooperazione. Tali funzioni permettono una vita sociale più equilibrata e di acquisire un ruolo nella società per le persone con problemi di salute mentale. Quando si analizza l'influenza di uno stile di vita attivo su persone fisicamente disabili, si dovrebbe dire che lo sport aiuta sia in termini di miglioramento della forza fisica che di benessere psicologico, con i medesimi effetti rilevati nelle persone che hanno problemi di salute mentale. Oltre a ciò, lo sport aiuta ad avere una buona circolazione del

sangue, muscoli più forti, una migliore coordinazione, meno rischi di malattie cardiovascolari. Inoltre, svolge un ruolo importante nell'"acquisizione delle abilità di vita" (Hilary Beeton, in Rohwer, 2013).

I BENEFICI DELLO SPORT PER IL TRATTAMENTO DI PERSONE AFFETTE DA PROBLEMI FISICI E MENTALI

La partecipazione di individui con disturbi mentali allo sport ed alle attività ricreative apporta benefici mentali, sociali, psicologici e fisici. Le attività sportive hanno un impatto sullo sviluppo mentale e fisico degli esseri umani; tuttavia, questa non è la loro unica funzione. Si è dimostrato, infatti, che lo sport è uno strumento utile per il trattamento e la riabilitazione delle persone con disturbi fisici e mentali.

Diverse attività sportive sono utilizzate nella riabilitazione di persone con disabilità, come trattamenti supplementari associati a metodi convenzionali di terapia fisica.

I BENEFICI DELLO SPORT PER LE PERSONE CON DISABILITA' PSICHICA E PER LE PERSONE CON PROBLEMI DI SALUTE MENTALE: ANALISA COMPARATIVA

Un altro aspetto importante è che gli sport stimolano le relazioni sociali. La partecipazione ad attività sportive permette ai disabili di acquisire autocoscienza, al fine di integrarsi nella vita di comunità e sviluppare comportamenti sociali positivi. Inoltre, gli individui con disabilità soggetti a depressione che partecipano ad attività sportive, presentano un miglioramento dell'umore. Tuttavia, i benefici sociali dello sport sulla salute mentale e sulle persone con disabilità fisiche variano.

Secondo le ricerche, lo sport aiuta le persone a migliorare l'umore, attraverso il rilascio di endorfine. In questo modo, le persone con problemi di salute mentale vivono un abbassamento del loro livello di stress e ansia. Conserva anche le abilità mentali, quindi aiuta le persone a concentrarsi, motivo per cui è altamente raccomandato per l'inclusione di studenti con deficit di attenzione e iperattività (ADHD). Tuttavia, i benefici non sono limitati al benessere in sé. Soprattutto gli sport di squadra aiutano le persone ad essere maggiormente incluse nella società, contrastando lo stigma sociale.

In relazione ai benefici sociali per le persone con disabilità fisiche, gli sport di squadra aumentano il senso di collaborazione e competizione, offrendo opportunità di socializzazione.

CONFRONTO E RACCOMANDAZIONI

Nell'ambito dell'obiettivo del presente documento, è stata effettuata un'analisi semplificata delle informazioni fornite dalla ricerca. L'obiettivo principale è stabilire l'esistenza di benefici legati alla pratica sportiva differenti per categorie differenti.

L'analisi comparativa tra vantaggi e possibili sovrapposizioni è riassunta nella tabella seguente:

Categorie analizzate	1. Salute fisica	2. Malattia mentale/Salute mentale generale	3. Disagio Mentale	4. Disabilità fisica
<p>Quadro generale dei benefici (effetti positivi dell'attività fisica)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento nella produzione di neurotrasmettitori e di endorfine che migliorano l'umore • Perdita di peso • Riduzione dei livelli di ansia e di stress • Miglioramento della salute cardio vascolare, con la relativa diminuzione dei rischi di malattie cardiovascolari e del livello di colesterolo • Miglioramento della resistenza, della forza muscolare, della flessibilità, della potenza e dell'equilibrio • Diminuzione del tasso di obesità • Diminuzione dei rischi di cancro • Diminuzione dei sintomi depressivi e distruttivi • Integrazione sociale • Diminuzione del rischio di declino cognitivo e demenza. 	<ul style="list-style-type: none"> • Umore positivo • Maggiore autostima • Precezione positiva dell'immagine di sé • Diminuzione del rischio di declino cognitivo • Riduzione dei livelli di ansia e di stress • Aumento delle interazioni sociali e conseguente riduzione dello stress e miglioramento dell'umore • Controllo del peso • Riduzione della pressione sanguigna 	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento nella coordinazione • Controllo del peso • Miglioramento degli stati cronici (es. pressione sanguigna) • Effetti positivi dell'attività fisica non «competitiva» • Senso di appartenenza, inclusione sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Fattore importante nel processo di riabilitazione • Effettivi positivi simili/uguali alle categorie 1. e 2. • Diminuzione dei livelli di stress • Maggiore indipendenza • Risultati scolastici e professionali migliori • Dipendenza ridotta dai trattamenti farmacologici anti depressivi • Ridotte condizioni mediche secondarie (es. diabete, ipertensione)

Le conclusioni finali e le raccomandazioni si basano, quindi, sul confronto dei dati e sono riportate di seguito:

1. Il coinvolgimento in attività sportive regolari, insieme ad un buon livello di forma fisica, riduce gli effetti negativi dello stress, riduce l'ansia, aumenta l'umore dell'individuo e la sua capacità di affrontare in modo più efficace le cause dell'ansia e dei sentimenti di depressione (Burnik, Potočnik & Skočić, 2003). Per questo motivo, sono consigliate le attività di gruppo. Durante le sessioni di gruppo, infatti, la persona è più rilassata, comunica con gli altri e soddisfa in modo più appropriato i compiti che gli vengono assegnati, aumenta la durata della prestazione e raggiunge risultati più elevati.
2. I fattori importanti sono la tipologia, la quantità e l'intensità dell'attività fisica, che dipendono dallo stato di salute, dalle capacità, dai desideri e dagli obiettivi dell'individuo. Le persone con disabilità mentali o fisiche, che sono in grado di allenarsi, dovrebbero praticare l'esercizio fisico almeno 150 minuti a settimana con un'intensità moderata, o 75 minuti a settimana di attività aerobica ad intensità vigorosa, o una combinazione di attività aerobiche di intensità moderata e vigorosa.
3. Gli individui con depressione tendono ad essere meno attivi fisicamente rispetto agli individui non depressi. Le evidenze scientifiche suggeriscono, tuttavia, che gli esercizi aerobici o l'allenamento muscolare possono ridurre significativamente i sintomi depressivi. Un'attività aerobica di intensità elevata comporta una respirazione veloce ed una frequenza cardiaca elevata. Se si lavora a questo livello, non si è in grado di dire più di poche parole senza fermarsi, e si dovrebbe smettere qualora non ci si senta bene. L'attività consigliata è di intensità moderata. Un'attività aerobica moderata comporta un aumento della frequenza cardiaca e della sudorazione. Se si sta lavorando ad intensità moderata, si può ancora parlare ma non cantare le parole di una canzone. Esempi di attività che richiedono uno sforzo moderato includono:
 - camminare velocemente
 - attività aerobica in acqua

- ballo e ballo di gruppo
 - andare in bicicletta su un terreno pianeggiante o con poche colline
 - tennis
 - spingere un tosaerba
 - canoa
 - pallavolo.
4. L'attività fisica può ridurre significativamente il rischio di malattia coronarica e ictus poiché l'allenamento riduce il colesterolo. Secondo il British Parliamentary Office of Science and Technology, circa il 40% dei decessi correlati a malattie coronariche è associato ad un'attività fisica inadeguata, all'obesità, allo stress e all'aumento della pressione sanguigna. Lo sport può aiutare a contrastare tali problemi fisici, riducendo il rischio di malattia coronarica di circa il 50% (Cohen, 2017). Gli adulti con disabilità dovrebbero consultare il proprio medico in merito alle quantità ed alla tipologia di attività fisica appropriate alle proprie capacità.
5. Per le persone con disabilità mentali o fisiche si raccomanda l'utilizzo di attrezzature sportive appropriate, ambienti sicuri, e spazi idonei all'esercizio fisico.

Riferimenti Bibliografici

- Asztalos M., De Bourdeaudhuij, I. & Cardon, G. (2010). The relationship between physical activity and mental health varies across activity intensity levels and dimensions of mental health among women and men. *Public Health Nutrition*. Aug; 13(8):1207-14.
- Babiyak, M.A., Blumenthal, J.A., Herman, S., Kharti, P., Doraiswamy, P.M., Moore, K., Craighead, W.E., Baldewicz, T.T. & Krishan, K.R. (2000). Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosom, Med*. Sep-Oct; 62(5):633-8.
- Biddle, S.J.H., Fox, K., & Boutcher, S. (Eds.). (2000). *Physical activity and psychological well-being*. N.Y.: Routledge.
- Burnik, S., Potočnik, S. & Skočić, M. (2003). *Stres. Šport*, 51 (1): 21–23.
- Carless, D. & Douglas, K. (2010). *Sport and physical activity for mental health*. West Sussex, United Kingdom: Blackwell Publishing Ltd.
- Cameron, M. and MacDougall, C. (2000). *Crime Prevention Through Sport and Physical Activity*. Australian Institute of Criminology, Trends & Issues in Crime and Criminal Justice, No. 165.
- Chhun, S. (2012). Areas of Cognitive Development that will Improve by Participating in Sports. Disponibile al seguente link: <http://schhun1.blogspot.com.tr/>.
- Cohen, B. (2017). How Does Playing Sports Affect Your Health?. *livestrong.com*, disponibile al seguente link: <http://www.livestrong.com/article/245944-how-does-playing-sports-affect-your-health/>.
- Disabled world (2018, April, 19). *Disability Sports: Information on Sport for the Disabled*. *disabled-world.com*, disponibile al seguente link: <https://www.disabled-world.com/sports/>.
- Edmund, S. et al (2013) *Let's Get Physical, The impact of physical activity on wellbeing*, Mental Health Foundation, Scotland.
- Hamer, M. & Chida, Y. (2009). Physical activity and risk of neurodegenerative disease: a systematic review of prospective evidence. *Psychol Med*. 2009 Jan;39(1):3-11. doi: 10.1017/S0033291708003681. Epub 2008 Jun 23.
- Hassmén, P., Koivula, N. & Uutela, A. (2000). *Physical Exercise and Psychological Well-Being: A Population Study in Finland*. Department of Psychology, Stockholm University, Stockholm, S-106 91, Sweden.
- Fogarty, M., Happell, B. & Pinikahana, J. (2004). The benefits of an exercise program for people with schizophrenia: a pilot study. *Psychiatr Rehabilitation*. 2004 Fall;28(2):173-6.
- Jearsma, E. A., (2014). *Sports participation and physical disabilities: Taking the hurdle*. Gildeprint, Enschede.
- Karatosun, H. (2010), *Fiziksel Aktivite ve Ruh Sağlığı*, Süleyman Demirel Üniversitesi Yaşam Dergisi, Süleyman Demirel Üniversitesi: Isparta.
- Kaukois, G. & Duhamel, T. (2018, April 19). The relationship between physical activity and mental health: Capitalizing on it for cardiac patients. Disponibile al seguente link: https://umanitoba.ca/faculties/kinrec/hlhpri/media/pamh_duhamel_kaoukis.pdf
- Kirkcaldy, B., Shephard, R. & Siefen, R. (2002) The relationship between physical activity and self-image and problem behaviour among adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2002 Nov;37(11):544-50.

- Koželj, S. (2014). Sociopsihološki, gibalni in kulturni dejavniki mentalnega zdravja in kakovosti življenja: doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.
- Laurin, D., Verreault, R. & Lindsay, J. (2001). Physical Activity and Risk of Cognitive Impairment and Dementia in Elderly Persons. *Arch Neurol.* 2001;58(3):498-504. doi:10.1001/archneur.58.3.498;
- Lök, S. & Lök, N. (2014). Physical Activity and Exercise in Dementia, Current Approaches in Psychiatry. İstanbul.
- Lowry R., Galuska D.A., Fulton J.E., Wechsler H., Kannl C. & Jan JL. (2000). Physical activity, food choice, and weight management goals and practices among US college students. *American Journal of Preventive Medicine.*
- Mikša, M. (2015). Vloga telesne aktivnosti pri obvladovanju stresa. *Delo + varnost : revija za varstvo pri delu in varstvo pred požarom* 60 (1): 33-36.
- Miller, A. (2017). What Are Some Mental Effects of Playing Sports? *livestrong.com* Retrieved on April 19, 2018, disponibile al seguente link: <http://www.livestrong.com/article/426258-what-are-some-mental-effects-of-playing-sports/>.
- Mišigoj – Duraković, M., Slapšak, M., Kovač, M., Strel, J. & Vidmar, J. (2003). Telesna vadba in zdravje. Ljubljana: Zveza društev športnih pedagogov Slovenije, Fakulteta za šport Univerze v Ljubljani.
- Otto, M., & Smits, J.A.J. (2011). Exercise for mood and anxiety: Proven strategies for overcoming depression and enhancing well-being. Oxford: Oxford University Press.
- Papež, B. (2010). Vpliv športa na osebe s psihosocialnimi motnjami. Ljubljana, Fakulteta za šport Univerze v Ljubljani.
- Pravno informacijski sistem republike Slovenije (2018, April, 19). Resolucija o Nacionalnem programu športa v Republiki Sloveniji za obdobje 2014–2023 (ReNPS14–23). *pisrs.si*. Disponibile al seguente link: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO99#>.
- Robinson, L., Smith, M. & Robert Segal, M.A. (2016). Dati e statistiche disponibili al seguente link: <https://www.helpguide.org/articles/healthy-living/the-mental-health-benefits-of-exercise.htm?pdf=true>.
- Rohwer, C. (2013). Benefits of sport for people with disabilities. <http://www.health24.com/Fitness/Exercise/Benefits-of-sport-for-people-with-disabilities-20130531>.
- Rush, M. (2017a). Importance of Sports to Health. *livestrong.com*. Disponibile al seguente link: <http://www.livestrong.com/article/133041-importance-sports-health/>
- Rush, M. (2017b). What Is the Importance of Sports in Our Lives? *livestrong.com* Disponibile al seguente link: <http://www.livestrong.com/article/515163-the-importance-of-sports-in-our-lives/>.
- Scottsdale, B. (2017). How Do Playing Sports Affect Us Mentally? *livestrong.com* Disponibile al seguente link: <http://www.livestrong.com/article/533488-how-do-sports-affect-us-mentally/>.
- Švab, V. (2016). Psihiatrični bolnik športnik. Retrieved on April 19, 2018, disponibile al seguente link: http://www.sent.si/index.php?m_id=svab_sportnik.
- World Health Organization (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice* (Summary Report) Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2008) Basic documents (39th Ed.). Geneva: WHO.

World Health Organization (2018, April, 19). Prevalence of mental disorders: Data and statistics. euro.who.int Disponibile al seguente link: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>.

Zveza Sožitje (2018, April, 19). Razlike med duševnimi boleznimi in motnjami v duševnem razvoju. zveza-sozitie.si. Disponibile al seguente link: <http://www.zveza-sozitie.si/razlike-med-dusevnimi-boleznimi-in-motnjami-v-dusevnem-razvoju.html>.



COORDINATOR



SOCIAL COOPERATIVE ACTIVITIES
FOR VULNERABLE GROUPS

PARTNERS



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

