

SUPSI

Corso di Laurea in Ergoterapia

**Lavoro di Tesi
(Bachelor Thesis)**

di

Ambrosini Stefano e Guarneri Paolo

**L'attività fisica e lo sport come trattamento ergoterapico
nella cura del giovane adulto, dell'adulto e dell'anziano
affetto da depressione.**

Direttore di Tesi

Irene Guarneri

Anno accademico 2016/2017

Luogo e data: Manno, 31 ottobre 2017

"Gli autori sono gli unici responsabili dei contenuti del lavoro di tesi"

ABSTRACT

Background

A livello mondiale e a livello ticinese le problematiche legate alla salute mentale stanno aumentando. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), attualmente la depressione è la maggior causa di disabilità nel mondo. I sintomi che la compongono sono di tipo psico-socio-organici, con conseguenze in termini di autostima ridotta, turbe del sonno, incapacità al lavoro e anche rischi di suicidio. L'Ergoterapia ha le competenze per accompagnare le persone affette da depressione lungo il percorso riabilitativo, anche se questa professione, nel campo della salute mentale, specialmente in Ticino è ancora poco sviluppata. Oltre alle terapie convenzionali utilizzate in questo ambito, l'attività fisica e lo sport potrebbero essere un valido complemento. Esse potrebbero inoltre fungere da prevenzione a livello di sintomi della depressione, grazie ai benefici multifattoriali che essi comportano.

Obiettivi

Il nostro lavoro intende verificare se lo sport e/o l'attività fisica come trattamento ergoterapico possano ridurre e/o prevenire i sintomi della depressione, migliorare la qualità di vita e la performance occupazionale nel giovane adulto, nell'adulto e nell'anziano.

Metodo

Tra gennaio e marzo 2017 è stata effettuata una ricerca bibliografica utilizzando le banche dati di PubMed, CINAHL e Google Scholar al fine di ricercare studi full text scritti in inglese, che rispettassero l'area di interesse e il tema emersi negli obiettivi e nella domanda di ricerca ed i criteri di inclusione ed esclusione. Abbiamo letto i titoli dei 498 articoli ed escluso quelli che non rispettavano i criteri programmati. Da questa prima selezione sono emersi 25 articoli, da cui poi ne sono stati considerati e analizzati 6.

Risultati

Si è riscontrata una limitata quantità di studi riferiti all'uso dell'attività fisica e dello sport come trattamento preventivo e riduttivo dei sintomi della depressione in giovani adulti, adulti e anziani in ambito ergoterapico. Siamo riusciti a trovare un solo articolo a tal proposito. Emerge però una possibile efficacia di tali interventi per contribuire a ridurre e prevenire questo problema di salute mentale. Sono però da considerare alcune variabili che presuppongono lo svolgimento di altri studi in futuro che includano l'attività fisica e lo sport come possibile trattamento ergoterapico.

Conclusioni

Benché l'attività fisica e lo sport si siano dimostrati di una certa efficacia nella prevenzione e nella riduzione dei sintomi depressivi nei giovani adulti, negli adulti e negli anziani, nelle ricerche si evidenziano alcune variabili che impediscono di attribuirvi una totale validità. Per quanto riguarda il tema specifico associato all'Ergoterapia, la letteratura da noi ricercata si è dimostrata carente. È auspicabile quindi un approfondimento del tema in campo ergoterapico.

Keywords

“Sport”, “Physical Activity”, “Depression”, “Treatment”, “Occupational therapy”

INDICE

1 INTRODUZIONE	4
1.1 Motivazioni	4
1.2 Domanda di ricerca	4
1.3 Ipotesi.....	4
1.4 Obiettivi	5
1.5 Struttura	5
2 BASI TEORICHE	6
2.1 Salute Mentale	6
2.2 Depressione	6
2.3 Epidemiologia.....	8
2.4 Fattori di rischio	9
2.5 Trattamento.....	9
2.6 Sport.....	10
2.7 Definizioni collegate all'attività fisica.....	10
2.8 Aspetti positivi e benefici dello sport.....	10
3 INTRODUZIONE ALL'ERGOTERAPIA.....	14
3.1 Ambiti di intervento.....	14
3.2 L'importanza delle occupazioni nella vita dell'essere umano	16
3.3 La relazione terapeutica	16
3.4 L'aspetto motivazionale.....	17
3.5 Modello PEO: persona-ambiente-occupazione	18
3.6 Metodi di trattamento.....	20
3.7 Le "Analisi delle attività"	21
4 METODOLOGIA	28
5 RISULTATI	29
6 DISCUSSIONE SUI DATI RISCONTRATI NELLA LETTERATURA CONSIDERATA....	37
7 CONCLUSIONI	41
VALUTAZIONI PERSONALI.....	43
RINGRAZIAMENTI	44
BIBLIOGRAFIA.....	45

1 INTRODUZIONE

1.1 Motivazioni

Con la redazione di questa tesi abbiamo la possibilità di approfondire due tematiche che ci incuriosiscono e ci accomunano.

Praticiamo sport e attività fisica da diverso tempo. Più volte abbiamo avuto l'occasione di confrontarci sugli effetti benefici, sia a livello fisico ma, ancor più importante, a livello psicologico che essi portano.

Come spesso accade, anche a noi è capitato di vivere momenti difficili e di tensione, durante i quali il morale e l'autostima sono stati messi a dura prova.

Entrambi abbiamo sperimentato quanto fosse d'aiuto praticare attività fisica/sportiva; il disagio e la tensione venivano spesso allentati e cresceva un certo benessere psicofisico.

In secondo luogo il nostro interesse si è focalizzato sulla depressione, in quanto Paolo si è già confrontato con essa durante la formazione professionale, sia come infermiere sia come ergoterapista; Stefano invece purtroppo è da diversi anni che si trova a stretto contatto con un familiare che ne è affetto.

Abbiamo inoltre potuto constatare che sempre più alla televisione, sulle pagine di giornali e riviste, il tema "attività fisica e benessere psicofisico" viene trattato e approfondito, facendone emergere il suo potenziale terapeutico.

A livello mondiale, un adulto su quattro non pratica un'attività fisica quotidiana sufficiente. A questo proposito gli stati membri dell'OMS, in comune accordo, vogliono impegnarsi nel ridurre l'inattività fisica del 10% entro il 2025. Sempre da studi dell'OMS risulta che la depressione, attualmente, sembra essere la principale causa di disabilità a livello mondiale (OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità, 2017).

Il nostro lavoro di tesi dunque ha lo scopo, tramite la ricerca bibliografica della letteratura, di individuare quanto e quale attività fisica e sportiva possa prevenire o migliorare una condizione di depressione in un individuo giovane adulto, adulto e anziano, permettendogli di migliorare la sua qualità di vita e la partecipazione nello svolgimento delle attività di vita quotidiana (AVQ).

L'Ergoterapia è una professione giovane, ancora in costante evoluzione, in grado di operare su più campi. La salute mentale è un ambito nel quale l'Ergoterapia, soprattutto a livello ticinese, deve ancora svilupparsi. Pensiamo sia importante e utile svolgere una ricerca e approfondire tematiche inerenti al rapporto tra la depressione e l'attività fisica/sport come possibile terapia, vista ed applicata sotto un'ottica ergoterapica.

1.2 Domanda di ricerca

Lo sport e/o l'attività fisica come trattamento ergoterapico possono ridurre e/o prevenire i sintomi della depressione, migliorare la qualità di vita e la performance occupazionale nel giovane adulto, nell'adulto e nell'anziano?

1.3 Ipotesi

Partendo dalle esperienze personali ipotizziamo che lo sport, praticato in modo regolare ed equilibrato, in base all'unicità di ogni individuo, possa fungere da trattamento preventivo e riabilitativo nelle persone adulte affette da depressione.

Supponiamo dunque che l'ergoterapista, sia come figura riabilitativa sia come figura promotrice della salute, potrà avvalersi di questa pratica come intervento concreto nei confronti di persone affette da depressione.

1.4 Obiettivi

- Integrare delle basi teoriche al lavoro, attraverso la ricerca e la letteratura, per poter rispondere agli interrogativi posti.
- Ricercare nella letteratura quanto un trattamento basato sull'attività fisica/sportiva, in ambito ergoterapico con giovani adulti, adulti e anziani, sia efficace nella riduzione e prevenzione dei sintomi di depressione.

1.5 Struttura

Dall'introduzione si evincono le motivazioni che stanno alla base della tematica scelta, l'ipotesi, la domanda di ricerca e gli obiettivi che si intendono raggiungere.

Successivamente si riporteranno brevemente le basi teoriche inerenti alle tematiche cardine, tra cui troviamo la depressione e un excursus sullo sport/attività fisica.

Il terzo capitolo conterrà l'introduzione all'Ergoterapia, dove verranno presentati gli ambiti di intervento, l'importanza delle occupazioni, la relazione terapeutica, l'aspetto motivazionale, il modello di riferimento PEO (Persona-Ambiente-Occupazione), i metodi di trattamento e l'analisi d'attività.

Successivamente nel quarto capitolo sarà presentata la metodologia, seguita nel quinto dai risultati.

Nel sesto capitolo abbiamo inserito la discussione sui dati riscontrati nella letteratura considerata.

Il settimo comprende le conclusioni, i limiti e le implicazioni per la pratica futura.

Al termine del lavoro, al di fuori del corpo della tesi verranno esposte le valutazioni personali, i ringraziamenti e la bibliografia.

2 BASI TEORICHE

2.1 Salute Mentale

La salute mentale indica uno stato di benessere psicologico ed emotivo, raggiunto quando una persona riesce ad utilizzare le proprie risorse, trovando il giusto inserimento nella società, stabilendo il giusto equilibrio tra gli stimoli esterni e i propri conflitti interni (OMS, N.D). Purtroppo sempre più individui sono confrontati con la perdita di tale equilibrio (OMS, 2001 cit. in Arbesman et al., 2011).

2.2 Depressione

Gli esseri umani considerano la depressione come parte dell'esperienza di vita, come un qualcosa di inevitabile. Una condizione che prima o poi tutti affrontano nel proprio percorso, e ritengono che la si possa curare solamente con la forza di volontà e senza l'aiuto di terzi. Questo atteggiamento, che non prende in considerazione la distinzione tra stati emotivi precariamente disforici dovuti ad una perdita e la depressione clinica che invece comporta un grave disturbo del funzionamento mentale e sociale, può essere particolarmente rischioso (Maj e Sartorius, 2001).

In contrapposizione con le comuni reazioni emotive, dovute a situazioni indesiderate e stressanti della vita quotidiana, la depressione necessita di diagnosi e cure adeguate (Maj e Sartorius, 2001).

La depressione è una patologia della sfera emotiva grave, che porta ad un calo dell'umore e ad altre sofferenze. Spesso sembrano non esserci delle cause evidenti che conducono a questo particolare problema patologico (Farnè, 2001).

Oggigiorno la depressione è anche conosciuta come "male sociale". I sintomi che la compongono sono di tipo: psico-socio-organici (Farnè, 2001).

Le sfere "psico-socio" riguardano "l'umore nero, il pessimismo, la caduta dell'autostima, la mancanza di iniziative e interessi, l'indifferenza per il mondo esterno e il bisogno di isolamento. Per la sintomatologia organica troviamo un'altra tipologia di sintomi quali la stanchezza, l'incapacità lavorativa, maggior sensibilità al freddo, nausea, calo dell'appetito e del peso, stipsi, vertigini, turbe del sonno e turbe mestruali (Farnè, 2001).

La depressione è un vero disturbo psichico piuttosto comune poiché è possibile che la nostra mente subisca dei possibili slittamenti patologici, o meglio che manifesti uno stato mentale alterato (Jervis, 2002).

Questa malattia può essere associata, derivare da altri stati patologici, oppure essere una forma patologica a sé. Gli stati depressivi possono essere di varia natura (Jervis, 2002). Ciò lo si può evincere dalla tabella 1 che verrà presentata in seguito.

Depressioni primarie	Depressioni secondarie
Lieve (distonica) <ul style="list-style-type: none">• Carattere o personalità depressiva• Depressione reattiva• Depressione con ansia• Depressione con sintomi ossessivo-compulsivi• Depressione mascherata• Depressione con depersonalizzazione	<ul style="list-style-type: none">• Depressione con disturbi neurologici o psicosi organiche• Depressione con disturbi endocrini• Depressione con altre malattie fisiche• Depressione indotta da farmaci• Depressione schizofrenica

<p>Grave (sintonica)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depressione pura • Depressione nella psicosi maniaco-depressiva • Depressione nella psicosi schizo-affettiva 	
---	--

Tabella 1: classificazioni delle depressioni (Arieti, Bemporad, 1981)

Depressioni primarie

Per la distinzione delle differenti tipologie di depressione primaria si fa riferimento ad Arieti, Bemporad (1981).

Lieve (distonica)

In questo tipo di depressione è difficile differenziare il sentimento di depressione normale, che ogni persona può percepire durante la vita, generalmente chiamata tristezza, dal sintomo di depressione vera e propria.

In caso di depressione vera e propria vi sarà una percezione maggiore di intensità della sintomatologia rispetto alla tristezza.

La depressione sarà percepita come un sentimento difficilmente ignorabile o eliminabile. Tende a non attenuarsi spontaneamente, se non dopo un prolungato periodo di tempo e potrebbe comunque ripresentarsi nel corso della vita.

La persona è cosciente della sua condizione di malattia. Per questo motivo non vuole sentirsi troppo abbattuta, ma allo stesso tempo non sa come reagire e combattere. Oltre ad essere triste, la persona assume un atteggiamento pessimista.

Quest'ultimo è l'elemento in più che porta l'individuo da una condizione di semplice tristezza alla depressione (Gutheil, 1959 cit. in Arieti, Bemporad, 1981).

Distimia (depressione distonica) secondo la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati, ICD-10 (Maj, Sartorius, ICD-10, 2001):

“Criteri

- *Almeno due anni di umore costantemente depresso o ricorrente in modo costante;*
- *Periodi intervallari di umore normale che raramente durano più di alcune settimane; nessun episodio ipo-maniacale;*
- *Nessuno o pochissimi dei singoli episodi di depressione in un periodo di due anni devono essere abbastanza gravi o di lunga durata per soddisfare i criteri di sindrome depressiva ricorrente lieve;*
- *Durante alcuni periodi di depressione, dovrebbero manifestarsi almeno 3 dei seguenti sintomi:*
 - *Energia o attività ridotta;*
 - *Insonnia;*
 - *Perdita di fiducia nelle proprie capacità e sensazione di inadeguatezza;*
 - *Difficoltà di concentrazione;*
 - *Pianto frequente;*
 - *Perdita di interesse per il piacere sessuale o altre attività normalmente piacevoli;*
 - *Sensazione di disperazione o di sconforto;*
 - *Incapacità percepita di far fronte alla routine della vita quotidiana;*
 - *Pessimismo circa il futuro o rimuginazioni sul passato;*

- *Isolamento sociale;*
- *Ridotta loquacità”.*

Grave (sintonica)

Più facile da riconoscere rispetto alla forma lieve, in quanto i suoi tratti sono più evidenti e pronunciati.

Ciò che caratterizza la depressione grave è una triade di sintomi psicologici:

1. Senso diffuso di melanconia;
2. Disturbo dei processi del pensiero (rallentamento e contenuti insoliti);
3. Rallentamento psico-motorio.

Oltre ad essi vi sono delle disfunzioni somatiche secondarie.

Generalmente ciò che precede una depressione grave è una probabile trascuratezza di una depressione lieve, che potrebbe essere stata percepita dal paziente e dalle persone vicine come un calo momentaneo dell'umore. Con il passare del tempo la sintomatologia si acuisce, fino a portare la persona ad essere impossibilitato nel prendere decisioni, come il semplice chiedere aiuto.

Quando la malattia è progredita il paziente manifesta e sfoggia un aspetto infelice e triste, assumendo caratteristiche fisiche, quali la fronte corrugata o una mimica ridotta risultando più vecchio rispetto alla reale età.

Depressioni secondarie

La depressione in questo caso è indotta ed accompagna un altro tipo di disturbo di varia natura con cui la persona è già confrontata (Vedi tabella 1) (Arieti, Bemporad, 1981).

2.3 Epidemiologia

Già in passato la depressione era un fenomeno importante che preoccupava gli epidemiologi del campo, poiché si prospettava potesse diventare, negli anni a venire, il più grande problema di salute pubblica (OMS, 2001 cit. in Pignarre, 2001).

Con il trascorrere del tempo, dopo 16 anni le previsioni si sono confermate. Attualmente la principale causa di invalidità nel mondo è la depressione. Oltre a ciò, quest'ultima contribuisce in modo marcato al carico mondiale generale delle malattie (OMS, 2017).

La depressione colpisce più di 300.000.000 di persone al mondo. La maggior incidenza la si ha nel genere femminile (OMS, 2017).

Nelle peggiori delle ipotesi la depressione può portare un individuo al suicidio: infatti ogni anno si suicidano almeno 800.000 persone ed essa è la seconda causa di morte tra i 15-29 anni di età (OMS, 2017).

A livello mondiale, le persone colpite da depressione e altre problematiche di tipo mentale sono in aumento (OMS, 2017).

Nel maggio 2013 si è tenuta l'assemblea mondiale della salute, ove si è sostenuta l'importanza di adottare una risposta coordinata integrale dei paesi nei confronti dei problemi dovuti ai disturbi mentali (OMS, 2017).

Il 5% della popolazione mondiale, ovvero 1 persona su 20, è colpita da depressione. Oltre a ciò 1 persona su 6, cioè il 17% della popolazione, ha già sofferto o soffrirà di depressione durante l'arco della propria vita (Jervis, 2002).

Il 25% circa dei casi di depressione si manifesta nel periodo adolescenziale, più raramente nell'infanzia. Circa nel 50% dei casi inizia prima dei 25 anni (Jervis, 2002).

Le fasi depressive tendono a non guarire del tutto, tralasciando una lieve depressione residua nel 20-35% dei casi (Jervis, 2002).

2.4 Fattori di rischio

L'insorgere della depressione non è dovuto per forza ad un'unica causa, ma al sovrapporsi di molteplici fattori e soprattutto non è uguale in tutti gli individui (Jervis, 2002).

In breve, la depressione è dovuta ad uno scompensamento di funzioni del nostro organismo, a causa dell'avvenimento contemporaneo di una serie di elementi nocivi in un dato periodo della nostra vita (Jervis, 2002).

“Oggi vi è infatti la concezione che ogni tipo di depressione è una reazione a uno stress sottostante di natura fisica o psicologica” (Fitzgibbon, 2006).

Alcuni fattori possono essere (Fitzgibbon, 2006):

- Delusioni professionali;
- Lutto;
- Stress: eventi percepiti dall'individuo come dannosi o spiacevoli;
- Problemi economici;
- Ormonali (post-parto).

Bisogna però affermare che la predisposizione genetica, quindi la componente ereditaria, ha un peso notevole per quanto riguarda il manifestarsi della malattia, ma collegandoci a quanto detto in precedenza la causa non può essere una soltanto. Se pur importante da tenere in considerazione la componente genetica solo in certi casi si rivela determinante (Jervis, 2002).

2.5 Trattamento

Per redigere questo capitolo abbiamo fatto riferimento a Perrella (2006).

Attualmente il numero di persone affette da depressione che non riceve affatto le cure necessarie è pari al 50%. Di queste oltre il 50 % non riceve cure adeguate, in quanto spesso il disturbo viene sottovalutato e non percepito come una vera e propria malattia.

Vi sono diversi tipi di trattamento validi per la cura della patologia depressiva e uno di questi è “il trattamento psicoterapeutico”. Esso consiste in un intervento senza l'ausilio di mezzi fisici o biologici. In questo caso lo scopo principale è quello di consapevolizzare la persona del proprio malessere, in modo da riconoscere l'entità del suo problema e magari riuscire a sviluppare risorse e ritrovare la resilienza necessaria per affrontare il disagio.

“Il trattamento psicofarmacologico” invece ricorre all'utilizzo di una tipologia di psicofarmaci, ovvero gli antidepressivi. Quest'ultimi hanno la capacità di riequilibrare la quantità di molecole presenti nel nostro sistema nervoso centrale. Queste sono prodotte dall'encefalo stesso e vengono chiamate mediatori chimici o neurotrasmettitori.

Vi sono altri tipi di trattamento oltre a quello farmacologico e psicoterapeutico:

- trattamento con elettroshock/elettroshockterapia: questo tipo di intervento viene utilizzato in modo molto ridotto, praticamente solo in singoli casi d'emergenza. Solitamente viene applicato ove la terapia farmacologica non ha mostrato nessuna efficacia, in caso di depressione di entità grave in cui vi è un rischio immediato di suicidio. Esso produce una crisi epilettica, mentre la persona si trova in anestesia generale.
- ospedalizzazione: il ricovero rappresenta l'unica alternativa possibile in alcuni casi. Questa soluzione si presenta quando è elevata la gravità dei sintomi depressivi e vi è un rischio concreto di suicidio, oppure quando non è presente un supporto familiare, sociale o ambientale.
- fototerapia: viene chiamata anche terapia della luce. Questo trattamento consiste nell'esporre la persona, preferibilmente al mattino, ad una luce color bianco brillante

artificiale, con un'intensità maggiore a quella tradizionale, per la durata da una a tre ore. Viene proposta in caso di depressione ad andamento stagionale, in special modo autunno/inverno.

- privazione o riduzione del sonno: in circa metà dei casi, la deprivazione totale o parziale del sonno notturno determina un miglioramento immediato, ma non duraturo nel tempo, dei sintomi depressivi. Dopo qualche ora di sonno, infatti, gli effetti benefici svaniscono.
- esercizio fisico: Questa tematica verrà ripresa e approfondita nel capitolo successivo, poiché è uno dei temi principali del lavoro.

2.6 Sport

“Il termine sport è l'abbreviazione della parola inglese disport che significa divertimento. La parola disport deriva dalla parola antica francese desport che ha lo stesso significato. La parola francese antica desport deriva dal latino deportare, composizione della parola de, che significa allontanamento, e portare, proprio del suo significato. Quindi deportare significa portarsi lontano, e questo portarsi lontano stava a significare uscire fuori porta dalle mura cittadine per svolgere attività fisiche. Le parole desport e disport poi divenute sport, come detto significano divertimento, parola che deriva dal verbo latino divertere che significa allontanarsi” (<https://it.wikipedia.org/wiki/Sport>, 2017).

Lo sport è un'attività umana che comprende il corpo, il gioco e il movimento (Maulini, 2014).

2.7 Definizioni collegate all'attività fisica

È stata inserita una tabella al fine di chiarire i termini “Attività fisica, esercizio fisico e sport”, in modo da consentire al lettore di comprenderne il significato.

Attività fisica	Comprende tutti i movimenti del corpo che comportano un dispendio energetico. Sono comprese le attività quotidiane come le faccende domestiche, la spesa, il lavoro e lo sport.
Esercizio fisico	Comprende i movimenti ripetitivi programmati e strutturati specificamente destinati al miglioramento della forma fisica e della salute.
Sport	Attività fisica che comprende situazioni competitive strutturate e sottoposte a regole. In molti paesi il termine “sport” comprende anche vari tipi di attività ed esercizio fisico effettuati nel tempo libero.

Tabella 2: Definizione di Attività fisica, Esercizio fisico e Sport (Compendium of physical activities: “classification of energy costs of human physical activities”, Med. Sci. Sports Exerc., 1993)

2.8 Aspetti positivi e benefici dello sport

Già nell'antichità si riteneva che praticare esercizio fisico fosse salutare e che procurasse un buon beneficio nella vita delle persone. Grazie all'evoluzione della scienza questo concetto è stato valorizzato ulteriormente. Praticare esercizio fisico moderato svolto regolarmente è oggi una delle abitudini di vita più salutari (Ermes, 1993).

Lo sport permette di riflettere in modo profondo sul concetto di “salute” della persona, così da potersi interpretare e capire più chiaramente in termini di benessere. Questo benessere lo si trova negli esseri umani quando quest'ultimi possono muoversi, giocare ed esprimersi

con il corpo in uno spazio sia geografico sia socio-relazionale adeguato. Il movimento offre, oltre a quelli fisici, benefici psicologici (Maulini, 2014).

Molte persone non hanno un'occupazione, oppure semplicemente hanno molto tempo libero e non sanno come occuparlo. In questo caso svolgere un'attività di tipo fisico/motorio potrebbe dar loro una struttura stabile e motivante della propria giornata. Oltre a combattere la sedentarietà e gli effetti nocivi che essa porta, viene moderata la sensazione di stanchezza mentale e di noia che di solito l'accompagna. Il maggior beneficio psicologico si produce quando l'esercizio fisico viene svolto in un gruppo. In questo modo si ha la possibilità di condividere momenti piacevoli, di svago e di tempo libero, oltre a promuovere la socializzazione (Ermes, 1993).

L'essere umano tramite il corpo, il gioco e il movimento riassunti nello sport, riesce a percepire un senso gratificante con il mondo che lo circonda generando quel piacere di origine estesico-percettivo che qualunque persona che pratica sport, sia esso un atleta, un praticante o un dilettante, conosce bene e che ne fa uno strumento che educa alla promozione e al benessere individuale e comunitario della persona. La promozione del benessere passa sempre attraverso specifici processi formativi (focalizzati sull'acquisizione di competenze) ed educativi (centrati sull'ottenimento di valori in diverse situazioni e contesti della vita), orientati all'acquisizione di stili di vita "corretti" e allo sviluppo di Life skills (abilità di vita) essenziali per accrescere nelle persone comportamenti adattivi e positivi che permettano loro di rispondere in modo efficace alle richieste della vita quotidiana e di affrontare le sfide della società odierna (Maulini, 2014).

A partire dagli Anni Cinquanta del secolo scorso, con l'arrivo della postmodernità, caratterizzata con la globalizzazione, ci sono stati grandi cambiamenti che hanno portato conseguenze importanti sulle persone e sulle loro relazioni (familiari, amicali e lavorative). Queste relazioni sono divenute sempre più fragili e difficili. Tali problematiche relazionali hanno portato come conseguenza una profonda insicurezza, la quale ha comportato un aumento di situazioni di sofferenza sociale e psicologica. Lo sport è un possibile rimedio nei confronti della depressione, dell'angoscia, della noia e del dolore, tutte cause note come elementi perturbatori e portatori di situazioni di disagio dell'essere umano (Maulini, 2014).

L'attività fisica come aiuto per combattere i sintomi dello stress

La redazione del capitolo che segue fa riferimento a Cascua (2004).

Un'attività fisica sostenuta o sportiva, essendo in qualche modo un'attività stressante, fa secernere al corpo una serie di ormoni. Questo riflesso ormonale prende il nome di "*sindrome generale di adattamento*", in cui si produce adrenalina, cortisolo (prodotti dalle ghiandole surrenali) e sostanze chiamate endorfine.

Se però si persegue un'attività sportiva con regolarità o nel caso che un evento stressante segua un'attività fisica, gli ormoni prodotti durante la *sindrome generale di adattamento* saranno utilizzati in maniera specifica. Lo sport diventa una specie di stress buono. Il cuore batte più velocemente, ma i vasi che portano il sangue ai muscoli si aprono impedendo alla pressione di aumentare eccessivamente. Durante il lavoro muscolare vengono bruciati grassi e zuccheri.

Se quindi durante la giornata si accumulano delle tensioni psichiche, un po' di esercizio fisico senza affanno respiratorio potrà eliminarle.

Al termine di un'attività la secrezione delle sostanze dello stress si placa con il riposo. Si crea uno stato che in linguaggio medico viene definito *ipertonìa parasimpatica*, in cui si attiva la parte del sistema nervoso che calma i battiti cardiaci. La tensione delle arterie diminuisce, il sistema vegetativo ordina l'apertura generalizzata dei vasi sanguigni.

Lo stato di calma dell'organismo sembra favorire il recupero ormonale. Un corpo abituato all'attività fisica si stanca meno nella vita di ogni giorno e incassa meglio le tensioni occasionali.

Inoltre il tasso ormonale del sangue in una persona abituata allo sport si allontana dalla soglia di affaticamento. Una persona ben allenata possiede più margine per affrontare stress maggiori.

Endorfine e serotonina

Durante uno sforzo il cervello sottoposto a stress secerne una sostanza complessa con il nome di *pro-opiomelanocortina* o POMC. Questa molecola si divide successivamente in due. Una parte con il nome di ACTH, che stimola le ghiandole surrenali e attiva la secrezione di cortisolo, un'altra le beta-endorfine che alleviano i dolori (Cascua, 2004).

L'arrivo delle endorfine nel sistema nervoso dipende da quanto è intenso lo stress. Le endorfine sono dei potenti analgici. Combattono il dolore e portano a percepire un senso di appagamento, soprattutto negli sport di resistenza. Per poter usufruire dei benefici delle endorfine bisogna produrre una certa intensità di lavoro, ovvero correre, remare, pedalare, far capo almeno al 60% delle proprie capacità cardiovascolari (Cascua, 2004).

Le endorfine non sono gli unici mediatori che intervengono nella sensazione di piacere durante un'attività fisica; il sistema nervoso centrale secerne altre sostanze che portano ad una sensazione di appagamento procurata dall'esercizio fisico, tra cui troviamo la serotonina e altre vicine all'adrenalina. Queste sostanze sembrano riattivare la funzionalità del nostro sistema nervoso portando, tra l'altro, ad una sorta di risveglio del depresso (Cascua, 2004).

Altri effetti conseguenti alla pratica di uno sport

Tutti i capitoletti sottostanti sono stati redatti facendo riferimento a Cascua (2004).

Gesti ripetitivi

La ripetitività dei gesti nelle attività sportive rende stabile l'attività del sistema nervoso centrale rassicurando così la psiche.

Esercizio fisico e attività cerebrale

L'attività cerebrale sembra essere mantenuta attiva dall'esercizio fisico, specialmente se complesso e tecnico.

La programmazione del gesto è all'origine dell'azione e della reazione. Gli esercizi fisici più complessi vanno a stimolare l'anticipazione ed a sollecitare un'intensa riflessione. Per questo motivo sono molto utili per riattivare e rinvigorire il sistema nervoso centrale di una persona depressa.

Aumento temperatura corporea

Nei depressi l'aumento della temperatura corporea ha una valenza benefica. Lo sport porterebbe lo stesso benessere di una sauna, di un bagno caldo o di un bagno turco. Se praticato al mattino, favorisce la ripresa del ciclo della temperatura, permettendo all'individuo di cominciare la giornata in modo migliore.

Attività fisica e valenza psicologica

L'attività fisica non riguarda solo gli aspetti neurofisiologici, ma permette alla persona di ritrovare molti sentimenti dimenticati, aiutando l'individuo a riconciliarsi, migliorando di conseguenza l'autostima.

Un programma di allenamento è parte integrante di un progetto. Il fatto di raggiungere un obiettivo permette alla persona di sentirsi valorizzata.

Molte discipline sportive necessitano di concentrazione; non soltanto attivano il sistema nervoso, ma fungono da potenti diversivi.

È necessario prestare particolare attenzione alla difficoltà del compito, in quanto è dannoso cadere nel fallimento. A questo proposito la professione dell'Ergoterapia dispone di uno strumento chiamato "Analisi di attività". Quest'ultimo permette di analizzare un'attività o un solo atto, valutando tutti gli aspetti che la compongono e tutte le competenze necessarie per espletarla. Inoltre è possibile intervenire in termini di adattamento, in modo che la persona coinvolta possa svolgere l'attività o il singolo atto raggiungendo così gli obiettivi specifici predefiniti con l'ergoterapista che avrà tenuto conto degli interessi e delle reali potenzialità di quella persona.

Svolgere attività fisica di gruppo permette di condividere esperienze e situazioni, consentendo di far nascere una solidarietà comune. Questa solidarietà potrebbe con il tempo diventare un'amicizia.

3 INTRODUZIONE ALL'ERGOTERAPIA

3.1 Ambiti di intervento

La medicina e le scienze sociali sono i principali punti di riferimento dell'ergoterapia (Cunningham Piergrossi, 2006).

Il paradigma "bio-medico" richiedeva di trattare la malattia spesso senza considerare anche gli aspetti sociali e psicologici di una persona. Sempre più pazienti curati per le loro malattie acute con terapie efficaci venivano poi riconsegnati alla loro realtà quotidiana con i problemi legati ai deficit che la cura della patologia acuta che li aveva causati non aveva potuto scongiurare (Cunningham Piergrossi, 2006).

Le patologie, le disabilità ed alcune condizioni sociali ostacolano il "fare" e certe volte, quando la gravità delle situazioni è più marcata possono addirittura annullarlo. Alcuni problemi possono ledere la volontà e lo spirito oltre al corpo (Cunningham Piergrossi, 2006). In caso di problemi di salute mentale, l'ergoterapista usa le attività per aiutare la persona a conoscersi meglio, ad acquisire sicurezza ed a credere nelle proprie capacità di agire e influire sulla propria vita (Cunningham Piergrossi, 2006).

L'Ergoterapia ha proposto un diverso approccio terapeutico che non si focalizza unicamente sulla patologia del paziente, ma si prende carico della persona aiutandola a ritornare alle occupazioni quotidiane con attività mirate, suggerimenti o ausili idonei (Cunningham Piergrossi, 2006).

Lo spettro d'intervento su cui oggi interviene l'Ergoterapia è abbastanza variegato. Esso comprende (Associazione Americana di Ergoterapia, AOTA, 2011):

- Infanzia e adolescenza;
- Salute e Benessere;
- Senescenza;
- Riabilitazione, disabilità e partecipazione;
- Lavoro e industria;
- Salute mentale.

L'ergoterapista considera le molteplici tipologie di occupazioni in cui la persona potrebbe impegnarsi. Le diverse attività o occupazioni sono suddivise in categorie chiamate aree occupazionali. La categoria di appartenenza di un'occupazione dipende dai bisogni e dagli interessi della persona (GITO, 2009).

Sono state individuate 8 aree occupazionali che caratterizzano la vita delle persone (GITO, 2009).

- **B-ADL**
Attività di base della vita quotidiana come: mangiare, lavarsi, vestirsi, ecc.
- **I-ADL**
Attività strumentali della vita quotidiana come: Preparazione del cibo, fare acquisti, utilizzare il telefono, governo della casa, ecc.
- **Tempo libero**
Attività non obbligatoria ma motivata da una spinta interna/intrinseca e svolta durante il tempo libero.
Ricerca delle attività del tempo libero: delineare quali sono gli interessi, risorse/abilità, possibilità e attività del tempo libero maggiormente appropriate.

Partecipazione alle attività del tempo libero: identificare e mantenere nel tempo un equilibrio fra le altre aree occupazionali e le attività del tempo libero, programmare e partecipare alle attività del tempo libero significative, ecc.

- **Riposo e sonno**

Attività finalizzate a promuovere il riposo e il sonno.

Riposo: attività tranquille e prive di sforzo che interrompono le attività fisiche e mentali per ottenere uno stato di rilassamento.

Preparazione al sonno: introduzioni di routine (ad es. leggere, ascoltare la musica, meditare, pregare, preparare l'ambiente fisico (ad es. preparare il letto, regolare la giusta temperatura, impostare la sveglia, ecc.).

Partecipazione al sonno: rispondere alle esigenze personali per promuovere un sonno di qualità, fare un riposo, sognare, bere e andare al bagno durante la notte, ecc.

- **Lavoro**

Attività che permettono di svolgere un lavoro remunerato o il solo volontariato.

Interessi e obiettivi di tipo lavorativo: riconoscere quali opportunità di lavoro sono presenti sul territorio, in base a limiti, risorse e interessi legati al contesto lavorativo.

Ricerca e ottenimento di un posto lavorativo: produrre, revisionare e inviare documenti necessari, prepararsi adeguatamente per i colloqui, ecc.

Performance lavorativa: gestione del tempo, abilità di tipo professionali, curare le relazioni con i colleghi e clienti, rispetto delle regole, ecc.

Preparazione al pensionamento: identificare hobby e sviluppare interessi già presenti, ecc.

Ricerca di attività legate al volontariato: ricercare le organizzazioni e opportunità presenti sul territorio, che permettano di svolgere un lavoro non retribuito, in armonia con le proprie abilità, valori e interessi.

Partecipazione in attività di volontariato: partecipare alle attività di lavoro non retribuito a beneficio di organizzazioni o servizi.

- **Gioco**

Tipi di attività organizzata o spontanea che provoca piacere, svago o distrazione.

Ricerca del gioco: identificare attività di gioco che includono giochi di abilità, osservazione, finzione, interpretazione, regole, costruttivi e simbolici.

Partecipazione al gioco: Identificare e mantenere un giusto equilibrio tra le altre aree occupazionali e il gioco. Utilizzare e mantenere nel giusto ordine giocattoli e attrezzature.

- **Istruzione**

Attività necessarie per l'apprendimento e la partecipazione nell'ambiente.

Partecipazione all'istruzione di tipo formale: partecipazione ad attività didattiche (matematica, lettura) non didattiche (cortile e mensa), extracurricolari (sport, danza,...) e professionali.

Bisogni formativi personali, oltre all'istruzione formale: identificare quali metodi sono appropriati per raggiungere conoscenze o abilità.

Partecipazione formativa personale, oltre all'istruzione formale: Partecipare a programmi, attività o gruppi che offrono addestramento nelle aree di interesse.

- **Partecipazione sociale**

“Schemi di comportamento strutturati tipici che ci si aspetta da un individuo o da una data posizione all'interno di un sistema sociale.

Comunità: partecipare ad attività che permettono un'interazione positiva all'interno della comunità (es. lavoro, scuola, ecc.).

Famiglia: partecipare ad attività che influiscono positivamente ruoli famigliari richiesti o desiderati.

Amici: partecipare ad attività nei differenti livelli di intimità, incluso quelle di tipo sessuali.

3.2 L'importanza delle occupazioni nella vita dell'essere umano

L'essere umano è strettamente collegato alle occupazioni, alle attività e al fare (Mary Law et al. In Willard e Spackman, 2008). Ciò fa quindi parte integrante della sua vita e può influire sul suo stato di salute (Cunningham Piergrossi, 2006).

Esprimere la capacità d'agire significa gestire in maniera autonoma la propria vita quotidiana. Questa capacità può essere ostacolata da un incidente, da un handicap temporaneo o permanente, da fattori ambientali o da una malattia. Quest'ultima può essere un problema a livello di salute mentale come ad esempio la depressione (Associazione Svizzera degli Ergoterapisti-Comunità di lavoro delle Scuole Svizzere di Ergoterapia, ASE-CSSET, 2005).

L'Ergoterapia è una professione che aiuta le persone a svolgere quelle attività quotidiane che sono importanti per il benessere e per la salute, impegnandole in occupazioni significative per loro (Willard e Spackman, 2008).

L'ergoterapista agisce proponendo attività rilevanti per le persone che stanno vivendo problematiche legate alle occupazioni della vita quotidiana (Cunningham Piergrossi, 2006). Il fare ha un valore terapeutico in quanto l'effettivo svolgimento delle occupazioni può essere utilizzato come mezzo, proponendo anche eventuali facilitazioni che consentono alla persona di raggiungere il proprio obiettivo. L'occupazione può anche assumere il significato di risultato finale, raggiungibile tramite il percorso terapeutico (Cunningham Piergrossi, 2006).

Utilizzare attività e occupazioni permette alla persona di percepire in modo soggettivo un miglioramento a livello della propria qualità di vita. Da quanto accennato sopra si può intuire la grande importanza che riveste il "Fare" nella vita degli individui (Cunningham Piergrossi, 2006).

3.3 La relazione terapeutica

Come indicato nel capitolo precedente, l'uomo può essere definito quale essere occupazionale, ma allo stesso tempo è un essere relazionale. Le relazioni umane stanno alla base delle occupazioni in quanto hanno un enorme influenza sul loro andamento (Cunningham Piergrossi, 2006).

L'ergoterapista si pone con un'attitudine aperta, affidabile, fiduciosa ed empatica, consapevole del fatto che la componente relazionale si ripercuote sull'intero percorso terapeutico. I bisogni e le aspettative della persona e delle sue figure di riferimento vengono inclusi negli interventi riabilitativi e preventivi (ASE-CSSET, 2005).

Rifacendoci al tema della relazione terapeutica in Ergoterapia, è di fondamentale importanza riferirsi alla pratica centrata sul cliente (Cunningham Piergrossi, 2006).

Le persone necessitano di attenzione e professionalità da parte dei terapisti per poter percepire un senso di controllo riguardo alla propria vita (Rapaport, 1987 cit. in Willard e Spackman, 2008). La capacità del terapeuta di entrare in empatia e creare la fiducia necessaria con la persona potrebbe facilitare il percorso terapeutico, allo scopo di raggiungere il risultato prefisso e portare l'individuo a uno stile di vita consono alle proprie esigenze (Willard e Spackman, 2008).

Il terapeuta durante la presa a carico tiene in considerazione la persona e reputa importante il contesto preciso in cui si trova, formato da parenti, amici, status sociale, cultura, ecc. (Willard e Spackman, 2008).

Riferendosi ad un approccio centrato sulla persona, è di fondamentale importanza che gli attori coinvolti, ovvero il terapeuta e il cliente, si impegnino entrambi durante il processo terapeutico. È importante che il cliente, conscio delle proprie risorse, definisca i propri

obiettivi e si impegni attivamente per raggiungerli, mentre il terapeuta deve proporre un percorso terapeutico condiviso anche dalla persona, delineando così un clima collaborativo ove vige una parità. Devono poter emergere i veri bisogni della persona curata, valutando assieme a lei il modo migliore per poterli raggiungere (Law, 1998 cit. in Willard e Spackman, 2008).

3.4 L'aspetto motivazionale

Essere motivati, avere la capacità di automotivarsi e di mantenere per lunghissimo tempo la motivazione, rappresenta una condizione di normalità ed è una dei segreti del successo dell'evoluzione umana. Se all'interno di una società è presente la demotivazione, ciò condanna gli individui a non diventare mai padroni della propria vita (Tabucchi, 2013).

L'essere umano è maggiormente predisposto a impegnarsi quando la motivazione è guidata da attività che lo fanno sentire autonomo, capace e autodeterminato. Al contrario invece, quando le motivazioni si appoggiano sulla volontà di altri può capitare che la motivazione possa venire meno, specialmente se si innesca un meccanismo che prevede ricatti ed eventuali minacce di sanzioni (Trabucchi, 2013).

Gli individui sono in grado di superare i propri limiti, fare enormi sacrifici e addirittura soffrire quando in cambio ottengono il piacere di riuscire e il conseguente senso di competenza.

Ciò che caratterizza in particolar modo le spinte motivazionali è la resistenza e la forza con la quale le persone riescono ad abbattere barriere e difficoltà. Tutti noi abbiamo delle motivazioni, la difficoltà consiste nel farle durare. Per comprendere maggiormente la motivazione, diventa fondamentale il concetto di resilienza. Essa comprende la capacità di persistere e far durare la motivazione nonostante le difficoltà (Trabucchi, 2013).

L'intensità della motivazione di un individuo la si misura con il suo grado di resilienza. Quest'ultima è una capacità di tipo cognitiva, che attiene al modo in cui elaboriamo le informazioni e ci relazioniamo con la realtà. Essa è incrementabile e tutti gli individui possono migliorarla, ma ciò richiede tempo e dedizione (Trabucchi, 2013).

La motivazione può essere distinta tra motivazione intrinseca, legata a fattori interni, a ciò che sentiamo dentro e motivazione estrinseca, che derivano da fattori esterni. Le spinte interiori durano più a lungo e sono in grado di abbattere ostacoli e trascinare l'essere umano verso mete remote. Quando la spinta proviene solo dall'esterno, la persona sarà propensa a fermarsi alla prima difficoltà e incapace di raggiungere gli obiettivi prefissati (Trabucchi, 2013).

Quando una persona si trova in un normale stato di benessere e cioè di equilibrio tra corpo e mente, vive le proprie relazioni interne ed esterne in armonia con la vita e il proprio essere, affronta le difficoltà che si presentano con la giusta energia accettando anche i propri limiti e le eventuali sconfitte (Jervis, 2002).

Entrando in uno stato di depressione la persona dimentica le proprie aspirazioni, non prova piacere in nulla, neppure nelle attività che maggiormente la appagavano. Essa non trova motivi validi per continuare a vivere, vengono a mancare l'energia e la forza di cogliere gli stimoli per uscire dalla sua situazione (Jervis, 2002).

L'individuo si definisce immeritevole di vivere, privo di qualità e responsabile delle sofferenze che provano gli altri. Non crede che vi siano possibilità che questo suo stato possa cambiare positivamente in futuro (Jervis, 2002).

A questo proposito è di fondamentale importanza l'attitudine con cui si pone l'ergoterapista, facendo capo alle competenze relazionali di cui dispone (Cunningham Piergrossi, 2006).

Il paradigma attuale dell'Ergoterapia porta l'attenzione sul riconoscimento e sulla valorizzazione dell'essere umano come persona unica, irripetibile e attribuisce dunque all'uomo l'idea di soggetto competente, in grado di autodeterminarsi e di contraddistinguersi in quanto essere occupazionale (Kielhofner cit. in Willard e Spackman, 2008).

L'ergoterapista durante la presa a carico fa leva sulla motivazione intrinseca dell'individuo, promuovendo la partecipazione ad attività e occupazioni significative per lui, poiché grazie

ad essa è possibile raggiungere in modo più efficace gli obiettivi condivisi (Law, 1998 cit. in Willard e Spackman, 2008).

Attraverso delle esperienze di successo la persona sviluppa un senso di autoefficacia: maggiori sono i successi, più ci si sentirà capaci e bravi, maggiore sarà la motivazione nel fare (Trabucchi, 2013).

È dunque di fondamentale importanza che l'ergoterapista analizzi le attività scelte, permettendo al cliente di sperimentare un senso di sfida adeguato alle sue capacità e disposizioni attuali che gli permetta di raggiungere l'obiettivo prefissato.

Partendo da questi concetti riportiamo un'esperienza vissuta all'interno del centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) a Mendrisio, struttura in grado di accogliere ospiti adulti con una patologia psichiatrica cronica.

Valutato lo stato depressivo della signora Maria (nome di fantasia), si è cercato di capire come l'intervento ergoterapico potesse essere d'aiuto. Entrare in relazione di fiducia con la paziente è stato un percorso che ha richiesto tempo e pazienza. Maria trascorreva gran parte delle giornate a letto, senza dare confidenza ad operatori e terapisti; risultava completamente apatica e spenta nei confronti di qualsiasi attività o relazione interpersonale. L'ergoterapista durante gli incontri ha cercato di esplorare l'iniziativa della paziente, il suo senso di responsabilità e quanto potesse tollerare piccole mansioni o eventuali attività manuali.

La camera della signora Maria risultava per niente personalizzata ed essa chiedeva di poter rimanere sola e di non essere disturbata.

"il sentimento più appropriato, e perciò più utile, nel rispondere all'iniziativa di un cliente è il rispetto" (White, 1971 cit in. Cunningham Piergrossi, 2006).

Anche se Maria non manifestava desiderio di interagire, piano piano si instaurarono un rapporto fiducia e la possibilità di introdurre gradualmente delle piccole mansioni.

Il piacere di condividere il momento del caffè ha fatto in modo che la paziente durante gli incontri raccontasse degli episodi della sua vita, dai quali emergeva un certo piacere alle attività creative vissute da lei quando stava bene. Prendendo spunto da questa sua attitudine del passato, si sono potuti integrare durante gli incontri ergoterapici piccoli lavori creativi per personalizzare la camera riportando in luce le sue risorse assopite dalla depressione, cercando di risvegliarle il senso di sé come persona responsabile della propria vita. Al termine dello stage la signora Maria esprimeva il desiderio di incontrare l'ergoterapista perché si sentiva pronta ad affrontare la paura di uscire dalla camera e desiderava provare il piacere di una piccola passeggiata. Questo progresso ha portato ad un passo successivo, anche se piccolo: il piacere di lavorare con i fiori e la terra.

3.5 Modello PEO: persona-ambiente-occupazione

La pratica centrata sulla persona è una componente basilare del modello PEO, poiché l'ergoterapista pianifica il percorso terapeutico sui bisogni e gli obiettivi identificati, collaborando attivamente con il paziente (Law, 1996).

Il modello PEO, è stato sviluppato in Canada da Mary Law e collaboratori nel 1996 ed è reputato uno dei modelli base cui fa riferimento la professione dell'Ergoterapia.

Questo modello concettuale è rappresentato attraverso un diagramma di Venn, che comprende tre elementi in relazione fra di loro. Questi sono la persona, l'ambiente e l'occupazione (Law, 1996)

La loro interazione si esprime nella performance occupazionale (PO), che viene definita come abilità nel saper scegliere e svolgere occupazioni significative (Cunningham Piergrossi, 2006).

Maggiore è la congruenza fra i tre elementi, migliore sarà la performance occupazionale (Law, 1996).

La PO è composta da diverse abilità connesse tra loro (GITO, 2009):

- Abilità motorie e prassiche (ad es: escursione articolare, motricità globale, grossolana e fine, tono muscolare e l'utilizzo funzionale);
- Abilità senso-percettive (ad es: schema corporeo, postura, relazioni visuo-spaziali, integrazione senso-motoria, riflessi e sensibilità);
- Abilità cognitive (ad es: comprendere, comunicazione verbale e scritta, problem solving, gestione del tempo, concettualizzazione, integrazione dell'apprendimento);
- Abilità di regolazione emotiva (ad es: stati emozionali e sensazioni, comportamenti per affrontare/superare problematiche, identità personale, considerazioni di sé e motivazione);
- Abilità comunicative e sociali (ad es: interazione in gruppo e interazione diadica/fra due persone).

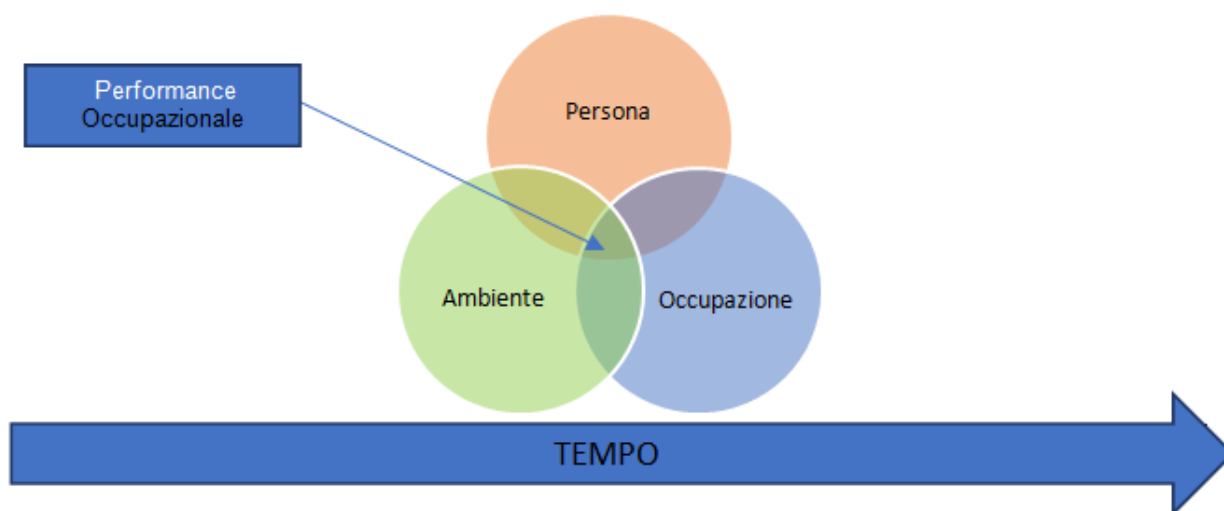


Figura 1: Modello PEO

Questa relazione è dinamica in quanto i tre elementi sono in costante cambiamento e si influenzano reciprocamente. Il modello PEO evidenzia come le occupazioni variano nel tempo, cambiando di ruolo e significato (Law, 1996).

L'interazione della persona, dell'ambiente e dell'occupazione porta alla performance occupazionale, la quale possiede una dinamicità poiché le esperienze di un individuo coinvolto in attività, compiti e occupazioni sono in continuo sviluppo e mutamento (Law, 1996)

Molti ergoterapisti si avvalgono di questo modello e lo applicano alla loro pratica, poiché la sua semplicità permette di poterlo utilizzare in tutti gli ambiti di intervento e fasce di età (Law, 1996).

Quando si parla di persona (o gruppo di persone), si intende un essere unico, che durante lo scorrere della vita affronta una varietà di cambiamenti e di ruoli in modo simultaneo. Con il passare del tempo questi ruoli possono cambiare a livello di importanza, durata e significato. L'individuo è visto come un insieme che racchiude mente, corpo, abilità, funzioni ed esperienze di vita. La persona è interconnessa all'ambiente, che a sua volta fornisce stimoli e suggerimenti che permettono all'individuo (o gruppo di persone) di esprimere un dato comportamento. L'ambiente può essere inteso a livello fisico, culturale, sociale o istituzionale, può assumere il ruolo di facilitatore, quindi portare dei supporti nella performance occupazionale della persona, oppure fungere da ostacolo (Law, 1996).

Il modello PEO permette di poter analizzare un intervento o un progetto secondo i suoi elementi cardine (Law, 1996).

PERSONA	AMBIENTE	OCCUPAZIONE
<u>VALUTARE</u> <ul style="list-style-type: none"> • Gravità della depressione • Limiti e risorse della persona • Preferenze individuali • Capacità fisiche individuali Sviluppare una terapia che tenga conto dell'unicità dell'individuo.	<u>VALUTARE</u> Ambiente fisico: <ul style="list-style-type: none"> • Stimoli negativi (ansia, stress) • Affollamento • Esterno, interno • Protetto o a contatto con la società Ambiente sociale: <ul style="list-style-type: none"> • Trattamento individuale o di gruppo 	<u>ANALISI D'ATTIVITÀ</u> <ul style="list-style-type: none"> • Interessi personali • Competenze necessarie per l'attività fisica/sportiva che si intende scegliere assieme alla persona. • Adattamenti dell'attività: semplificazioni – complessificazioni • Obiettivi individuali
PERFORMANCE OCCUPAZIONALE (post trattamento)		
<u>VALUTARE</u> <ul style="list-style-type: none"> • Regressione dei sintomi depressivi • Miglioramento della qualità di vita • Miglioramento dell'interazione sociale • Miglioramento della comunicazione • Eventuale acquisizione dell'attività fisica/ sportiva, integrandola nel personale stile di vita 		
TEMPO		
Con il passare del tempo le scelte, gli scopi e gli obiettivi della persona possono cambiare. A questo proposito l'ergoterapista deve saper cogliere queste informazioni e saper adattare il progetto, l'occupazione o l'attività.		

Tabella 3: Modello PEO nella pratica

3.6 Metodi di trattamento

Nel redigere questo capitolo abbiamo fatto riferimento a Kubny-Lüke (2003).

A dipendenza del progetto terapeutico che si intende proporre, sarà possibile avvalersi di differenti metodi che con le loro caratteristiche di intervento potranno permettere una presa a carico efficace e mirata.

I metodi principali sono quattro: metodo centrato sulle competenze, metodo centrato sull'interazione, metodo centrato sull'espressione e metodo centrato sulla percezione.

Ognuno di essi ha lo scopo di ripristinare le capacità e abilità necessarie nella vita quotidiana attraverso strategie differenti.

I metodi di trattamento possono essere proposti secondo il tipo di problema o secondo una specifica fase della malattia. Possono sovrapporsi uno all'altro.

1. Il metodo centrato sulle competenze prevede la riattivazione delle competenze che la persona già possiede. L'intento è quello di sostenere e aiutare a ritrovare la fiducia in sé per poter svolgere l'attività. In seguito si cerca di apportare nuove competenze tenendo conto di quelle residue e/o di quelle che si sono riattivate.

L'intento è di risvegliare la fiducia nelle proprie capacità, andando a recuperare e sviluppare le competenze base della vita quotidiana che la malattia ha limitato. Gli obiettivi e gli scopi del metodo centrato sulle competenze consistono nel migliorare, sviluppare e mantenere le capacità cognitive, emotive, sociali, motorie e strumentali.

2. Il metodo centrato sulla percezione viene utilizzato per promuovere nella persona la percezione sensoriale e del proprio corpo reintegrando una maggiore consapevolezza nel momento presente durante l'attività. È importante che le tecniche utilizzate e i materiali scelti per la terapia diano impulsi sensoriali e percettivi alla persona, in modo da permetterle di ritrovare una percezione di se stessa.
3. Il metodo centrato sull'espressione permette alla persona di poter esprimere i propri sentimenti interiori quando a causa di uno stato di malattia sono difficili da mentalizzare e verbalizzare. Il metodo è particolarmente utilizzato quando la persona è sovrastata da emozioni negative come per esempio l'apatia e l'appiattimento affettivo. Questo processo viene svolto dalla persona con il terapeuta, il quale pone l'attenzione sul fare osservando e analizzando in che modo viene scelta e come viene svolta l'attività, senza interpretare però aspetti che competono ad altre figure professionali, come l'espressione di processi interni della persona.
4. Il metodo centrato sull'interazione viene proposto e applicato prevalentemente in un setting di gruppo. Intende promuovere nell'individuo le competenze che permettono di relazionarsi con altri in contesti differenti, come la comunicazione e la collaborazione. È importante che la persona sviluppi quelle risorse sociali trascurate a causa della malattia che le permettono di fare fronte a stimoli inducenti stress e frustrazione in modo da assumere comportamenti adeguati e accettati all'interno della società.

Per poter proporre a ciascuna persona che le venga affidata le attività più appropriate per favorire i processi di cui sopra. L'ergoterapista cerca di affinare la propria capacità di analizzare le attività.

3.7 Le “Analisi delle attività”

Lo scopo dell'Ergoterapia è quello di impegnare gli individui in occupazioni significative per permettere loro di raggiungere gli obiettivi che si sono posti partecipando così alla vita di ogni giorno. Per fare questo si avvalgono di procedimenti analitici che sono al centro della pratica terapeutica occupazionale (Willard e Spackman, 2008).

L'ergoterapista analizza le attività, le occupazioni, per focalizzare e capire le loro componenti, il significato che le persone danno loro e il potenziale terapeutico che possono includere (Willard e Spackman, 2008).

“L'analisi dell'attività si focalizza sull'identificazione delle richieste di attività e sulle abilità di performance. Le richieste di attività includono aspetti dell'attività come l'uso di oggetti tipici ovvero appropriati per svolgere quella determinata attività, lo spazio necessario e, anche qui, appropriato e le richieste sociali delle attività e le abilità richieste da effettuare. Le abilità di performance sono suddivise in abilità motorie, abilità di processo e abilità di comunicazione/interazione” (Willard e Spackman, 2008, pag. 149).

Questo tipo di analisi si rifà ai modelli di valutazione TOP/DOWN, che vogliono identificare la persona come essere occupazionale, mettendola in primo piano, tenendo in considerazione le sue risorse, prima di focalizzarsi sui limiti occupazionali che eventualmente compromettono la performance (Coster, 1998; Fisher, 2001 cit. in Willard e Spackman, 2008).

Capire il potenziale per classificare e adattare una vasta varietà di attività è fondamentale per gli ergoterapisti che assieme alla persona cercano di raggiungere gli obiettivi per loro

importanti. Lo scopo di adattare un'attività è quello di permettere all'individuo di partecipare attivamente ad un'occupazione anche nel caso non possa essere perseguita a lungo, perché richiede un impegno sostenuto nel tempo o a causa di diverse difficoltà di performance. Invece di focalizzarsi sul miglioramento delle capacità funzionali dell'individuo, l'adattamento si focalizza sul cambiamento delle richieste delle attività in modo che rientrino all'interno del livello di abilità e capacità della persona. Questi cambiamenti possono includere la modifica dell'occupazione stessa, riducendo le sue richieste, promuovendo l'uso di mezzi ausiliari o adattando l'ambiente, sia esso fisico che sociale (Willard e Spackman, 2008).

Come abbiamo visto per poter utilizzare le attività come strumento terapeutico, gli ergoterapisti analizzano nello specifico le loro caratteristiche (Cunningham Piergrossi, 2006).

Vengono distinte quattro tipologie di analisi d'attività (Möller, 2017):

- L'analisi dell'area occupazionale dell'attività. Con questa analisi si intende individuare a quale area occupazionale si vuol far riferimento;
- L'analisi strutturale dell'attività consiste nel analizzare la struttura di un'attività/occupazione seguendo l'ordine corretto degli atti (nodi, sicurezze, lunghezza (inizio-fine), richieste ambientali, materiali, ecc.);
- L'analisi fenomenologica dell'attività. Questa analisi mette il focus sulle caratteristiche concrete dell'attività. Grazie ad essa si possono scegliere delle attività che consentono di lavorare in modo specifico certe dimensioni (complessità, spazio, tempo, interazione, automaticità, libertà, risultato dell'attività);
- L'analisi funzionale, ossia l'analisi delle funzioni corporee necessarie per svolgere un'occupazione/attività specifica.

Visto l'argomento oggetto di questo lavoro di tesi, per dare un'idea di cosa può comprendere "un'Analisi delle attività" verrà di seguito presentato un esempio. È stata svolta "un'Analisi delle funzioni" durante l'atto del servizio, che costituisce l'inizio dell'attività sportiva del Volano/Badminton. Questo tipo di analisi si presta particolarmente al nostro tema in quanto permette di determinare quali capacità funzionali tale attività permette di allenare/sviluppare. Ogni funzione ha un grado di importanza differente dall'altra, poiché a dipendenza dell'attività o atto che viene svolto, le funzioni richieste variano.

All'interno di questa tabella sono prese in considerazione funzioni di varia natura. Alcune sono necessarie in grande misura per compiere l'atto specifico, altre minimamente e alcune non sono richieste per niente.

Funzione	Codice ICF	Funzione NON richiesta	Funzione richiesta minimamente	Funzione richiesta in grande misura	"Come", "quando" viene richiesta la funzione
Funzioni mentali specifiche					
Giudizio	B1645			x	Permette di decidere quando è il momento più opportuno per iniziare il servizio. Inoltre questa funzione è coinvolta prima di effettuare l'atto (il lancio), poiché il giudizio altrui può influire sullo stato emotivo della persona e dunque sulla <i>performance</i>
Formazione di concetti	B164			x	Per poter pianificare l'atto motorio e saper prendere la decisione riguardo il momento giusto per effettuare il lancio

Metacognizione				x	Per poter anticipare la mossa avversaria durante il ricevimento del servizio. E poter riflettere e analizzare l'atto compiuto
Flessibilità cognitiva	B1643			x	Saper colpire in modo strategico il volano così da anticipare le mosse dell'avversario, in caso di condizioni limitanti dell'ambiente fisico saper adattarsi e variare il modo in cui si colpisce il volano
Insight/ consapevolezza	B1644			x	Saper riconoscere i propri limiti e risorse permette di attuare un comportamento che permette di colpire il volano nel modo più funzionale secondo i limiti presenti
Mantenimento dell'attenzione	B1400			x	Per essere in grado di mirare il volano con la racchetta e di direzionare in modo preciso il lancio
Attenzione selettiva				x	Per evitare distrazione date dall'ambiente circostante
Distribuzione dell'attenzione	B1402			x	Per poter colpire il volano in modo adeguato contemporaneamente osservando il comportamento dell'avversario e gli imprevisti
Funzioni della memoria	B144			x	Queste funzioni sono richieste per ricordare come effettuare un movimento e quali regole costituiscono l'atto del servizio
Memoria a breve termine	B1440			x	Per riconoscere quando è il proprio turno di servizio
Memoria di lavoro			X		Dipende se l'attività è conosciuta dalla persona
Memoria a lungo termine	B1441			x	Per ricordare le regole e come ha effettuato i lanci migliori durante l'attività, così da poterli riprodurre
Funzioni percettive	B156				
Percezione uditiva	B1560		X		l'impatto del volano sulla racchetta dell'avversario, potrebbe produrre un suono tale da , consentire una sintesi percettiva di vista e suono, e di calcolare implicitamente il tempo e la direzione di arrivo della pallina
Percezioni tattile	B1564			x	Per impugnare e riconoscere la racchetta e il volano
Percezione visiva	B1561			x	Per osservare dove si trova l'avversario, il campo e il materiale. E dove posizionarsi nel terreno da gioco.
Percezione olfattiva	B1562	x			
Percezione vestibolare-proprioceettiva				x	Mentre viene effettuato il lancio, nell'adottare una postura funzionale
Discriminazione multisensoriale	B156			x	Per differenziare tra loro gli elementi che costituiscono l'ambiente circostante e il materiale.
Memoria sensoriale	B156			x	Per riconoscere l'ambiente circostante e il materiale
Percezione visuo-spaziale	B1565			x	Per sapere dove posizionarsi nel terreno da gioco e dove direzionare il volano nel campo avversario
Esperienza del tempo	B1802			x	Per essere in grado di rispettare i tempi dettati dall'attività sportiva

Funzioni del pensiero					
Riconoscimento	B156			x	Per riconoscere l'ambiente circostante e il materiale
Categorizzazione	B164			x	Per poter pianificare l'atto motorio e saper prendere la decisione riguardo il momento giusto per effettuare il lancio
Generalizzazione			X		Per consentire alla persona di trasferire strategie apprese precedentemente e utilizzarle "se opportuno" durante il servizio
Funzione	Codice ICF	Funzione NON richiesta	Funzione richiesta minimamente	Funzione richiesta in grande misura	"Come", "quando" viene richiesta la funzione
Consapevolezza della realtà	B180			x	Per percepire il proprio corpo e saper indirizzare il volano, posizionarsi adeguatamente nel campo da gioco e per rispettare le tempistiche
Pensiero logico	B160			x	Capire quando è il proprio turno di servizio e la sequenza dei movimenti da effettuare
Contenuto del pensiero	B1602			x	Comprendere le dinamiche legate al servizio e legate al proprio comportamento e a quello del ricevente
Funzioni mentali relative al tempo, alla sfera emozionale, all'esperienza di sé e alla sequenza di movimenti					
Esecuzione di schemi di movimento appresi	B176			x	Per saper colpire il volano in modo corretto e adotta posture strategiche che permettono una buona <i>performance</i>
Coping				x	Importante nel caso si presenti una possibile frustrazione durante l'atto (servizio non riuscito)
Regolazione di emozioni e comportamenti	B1521			x	L'emozioni e i comportamenti disfunzionali possono influire sulla riuscita del servizio, è dunque fondamentale saperli controllare
Immagine corporea	B1801			x	Percepire il proprio corpo permette alla persona riconoscere il confine fra corpo e ambiente esterno. Questa funzione è richiesta per poter controllare in maniera corretta i movimenti implicati per il servizio
Esperienza del sé	B1800		X		Come la persona si riconosce e percepisce può influire sulla determinazione con cui viene svolto l'atto del servizio
Autostima				x	Questa funzione è correlata alla fiducia in sé stessi, dunque alla sicurezza di sé e alla motivazione. Queste possono influire positivamente o negativamente sulla performance.

					Se l'azione ha un esito positivo questo sosterrà un senso di competenza nella persona e di conseguenza sosterrà o migliorerà l'autostima. Se al contrario l'azione non avesse un esito positivo, farebbe sperimentare senso di frustrazione.
Funzioni mentali globali					
Consapevolezza	B110		X		Avere consapevolezza del compito da svolgere e un buon mantenimento dello stato di veglia, permettono alla persona di rimanere concentrato e reattivo nei confronti dell'atto specifico
Livello di veglia	B110		X		
Stato di coscienza	B1100			x	Una persona non cosciente non è in grado di svolgere l'atto
Orientamento rispetto al sé	B11420		X		Come la persona si riconosce e percepisce può influire sulla determinazione con cui viene svolto l'atto del servizio
Orientamento rispetto allo spazio	B1141			x	Per sapere dove posizionarsi nel terreno da gioco e dove direzionare il volano nel campo avversario
Orientamento rispetto al tempo	B1140			x	Per essere in grado di rispettare i tempi dettati dall'attività sportiva
Orientamento rispetto agli altri	B11421			x	La modalità con la quale viene effettuato il servizio si può basare sulle dinamiche comportamentali osservate o ipotizzate nei confronti dell'avversario
Stabilità emotiva	B1263			x	L'emozione con la quale si è confrontati se non canalizzata e gestita in maniera funzionale può impedire alla persona di compiere l'atto o di svolgerlo in maniera soddisfacente
Motivazione	B1301			x	Questa funzione mette in condizione la persona di prendere l'iniziativa e di avere lo stimolo per compiere l'atto
Controllo degli impulsi	B1304			x	Avere la capacità di controllare gli impulsi permette all'individuo di agire in maniera adeguata e di evitare reazioni inopportune che influiscono negativamente sulla riuscita del servizio
Appetito	B1302		X		La prestazione sarà migliore se la persona non è affamata (ma neanche appesantita)
Sonno	B134		X		Se la persona ha riposato sufficientemente, quest'ultima non avrà una carenza grazie ad un sufficiente riposo notturno, e questo dunque non influirà sulla <i>performance</i>
Funzioni sensoriali e dolore					
Rilevamento/registrazione degli stimoli visivi	B210			x	Questa funzione viene richiesta per consentire alla persona di effettuare il servizio in quanto ti permette di

					riconoscere e reagire agli stimoli presenti nell'ambiente circostante
Modulazione degli stimoli visivi	B210			x	
Integrazione delle sensazioni dal corpo e dall'ambiente				x	Questa funzione permette alla persona di integrare, quindi, mettere in relazione le sensazioni in arrivo per poter successivamente elaborare la risposta, gli stimoli esterni e di conseguenza attuare una risposta (comportamento), ovvero di compiere l'atto
Percezione visiva dell'ambiente a diverse distanze	B2100			x	Per poter riconoscere i limiti del campo e direzionare il volano nella giusta direzione. Inoltre permette di calibrare la forza necessaria per il lancio del volano
Funzione	Codice ICF	Funzione NON richiesta	Funzione richiesta minimamente	Funzione richiesta in grande misura	“Come”, “quando” viene richiesta la funzione
Tolleranza ai suoni ambientali	B230		X		Il non riuscire a tollerare i suoni derivanti dall'ambiente circostante può influire sulle funzioni attentive.
Localizzazione della fonte del suono	B2302		X		l'impatto del volano sulla racchetta dell'avversario, potrebbe produrre un suono tale da , consentire una sintesi percettiva di vista e suono, e di calcolare implicitamente il tempo e la direzione di arrivo della pallina
Sensazione di movimento antigravitario sicuro	B235			x	Implicata nella regolazione, negli aggiustamenti posturali e nell'equilibrio
Gusto/ Associazione dei gusti	B250/ B1563	x			
Olfatto	B255	x			
Consapevolezza del corpo e dello spazio/ Funzioni propriocettive	B260			x	Implicata per consentire alla persona di controllare i movimenti implicati durante il servizio attraverso i sistemi di feed-forward e feed-back
Tolleranza al tatto	B265			x	Percepire il materiale utilizzato nel momento del servizio permette alla persona di adattare il proprio comportamento durante l'uso
Localizzazione del dolore	B280	x			
Sensibilità alla temperatura	B2700	x			
Funzioni neuromuscoloscheletriche e correlate al movimento					
Mobilità dell'articolazione	B710			x	Per consentire i movimenti richiesti durante l'atto
Allineamento posturale e stabilità articolare	B715			x	Una buona stabilità articolare permette di controllare il movimento e di prevenire possibili complicanze e proteggere le articolazioni coinvolte. Grazie ad un allineamento posturale la persona può coordinare

					il movimento in maniera corretta e adottare una postura funzionale all'atto
Forza	B730			x	Richiesta per consentire una efficace impugnatura della racchetta, o per modulare in modo corretto il dosaggio della forza. Permettere di lanciare il volano oltre la rete (nel campo avversario)
Tono muscolare	B735			x	Permette alla persona di mantenere uno stato di attivazione di fondo e permanente che consente di essere costantemente pronti all'azione, (di non partire 'a freddo'). Inoltre, consentirebbe all'individuo di adottare una postura eretta contro gravità e di produrre il movimento necessario per effettuare il servizio.
Resistenza muscolare	B740	x			
Riflessi motori	B750			x	Implicati durante ogni fase del servizio
Raddrizzamento e sostegno del corpo	B755			x	Per mantenere e controllare i movimenti richiesti durante il servizio, ma in particolare per mantenere o ritornare alla stazione eretta
Coordinazione occhio/mano-piede	B7602			x	Per consentire la coordinazione dei movimenti con una sequenza corretta, permettendo così di colpire il volano con la racchetta e allo stesso tempo compiere gli spostamenti/adattamenti necessari.
Coordinazione bilaterale	B760			x	Per poter coordinare i due differenti gesti che vengono richiesti durante il servizio (lanciare il volano e colpire con la racchetta)
Incrocio della linea mediana	B760			x	Implicato per coinvolgere entrambi gli arti superiori per effettuare il lancio
Controllo della motricità fine	B760			x	Per consentire una buona impugnatura della racchetta, un buon controllo e presa del volano e per indirizzare il colpo nella direzione desiderata/opportuna
Controllo della motricità grossolana	B760			x	Consente alla persona di mantenere una buona stabilità fisica durante l'atto del servizio
Controllo oculomotorio	B215			x	Consente alla persona di recepire gli stimoli di tipo visivi fondamentali per la riuscita del gesto
Pattern della deambulazione	B770		X		Per consentire alla persona di coordinare eventuali piccoli spostamenti richiesti per compiere l'atto

Tabella 4: Analisi dell'atto "il servizio" riferito all'attività del Badminton/Volano
Documento adattato dagli autori (Thomas, H., 2015. Occupation-Based Activity Analysis (2nd. ed.). Thorofare J. SLACK Incorporated).

4 METODOLOGIA

Facendo riferimento a quanto esposto nei capitoli precedenti, il nostro lavoro intende verificare quanto esposto con la **domanda di ricerca** ovvero se lo sport e/o l'attività fisica come intervento ergoterapico possano prevenire e/o ridurre i sintomi della depressione, migliorare la qualità di vita e la performance occupazionale nel giovane adulto, nell'adulto e nell'anziano.

A questo scopo abbiamo deciso di svolgere una **revisione della letteratura** la quale comprende un'analisi critica degli articoli reperiti inerenti la nostra tematica di ricerca. Il nostro intento è quello di ricavare informazioni attuali che possano arricchire il nostro bagaglio di conoscenze riguardo l'argomento trattato.

Inizialmente volevamo considerare unicamente articoli che avessero un diretto collegamento con l'Ergoterapia e l'attività fisica/sport. Durante le prime ricerche abbiamo constatato che la maggior parte degli articoli non comprendevano l'Ergoterapia all'interno dei loro studi, infatti abbiamo trovato un solo articolo che presentava uno studio riguardo un progetto ergoterapico. Abbiamo quindi deciso di considerare la **letteratura che riguardava anche altre professioni sanitarie**.

Gli articoli contengono almeno due delle parole chiave esposte in seguito.

Sono stati presi in considerazione studi con vari design di ricerca tra i quali randomizzati, pilota, longitudinali, pubblicati a partire dal 2007 fino al 2017.

Il nostro intento era quello di prendere in considerazione **persone nella fascia di età che comprende l'adulto e il giovane anziano** e che avessero sostanzialmente i **sintomi della depressione lieve o moderata**. Dagli articoli trovati però sono emersi partecipanti che includono **donne e uomini nella fascia d'età che va dal giovane adulto, all'adulto e all'anziano con problemi di depressione e ansia variabili**, dalla forma lieve a moderata a quella grave. Abbiamo quindi deciso di tenere in considerazione anche quest'ultima. Inoltre è importante precisare che tra i partecipanti agli studi presi in considerazione sono incluse persone che fanno uso di medicinali antidepressivi e altri che non ne utilizzano.

Abbiamo considerato studi che comprendono diverse tipologie di attività fisica e sport, praticati in setting diversi, che comprendono il singolo o il gruppo.

Si focalizzano sulla riduzione o prevenzione dei sintomi della depressione nel giovane adulto, nell'adulto e nell'anziano, promuovendo così il miglioramento della qualità di vita delle persone.

Per redigere questo lavoro **abbiamo consultato** le banche dati di PubMed, CINHAL e Google Scholar per quanto riguarda articoli full text scritti in inglese.

La ricerca è stata effettuata usando le seguenti parole chiave: "Sport", "Physical Activity", "Depression", "Treatment", "Occupational therapy". Dalla ricerca sono emersi 498 risultati.

Dei 498 articoli trovati, sono stati presi in considerazione unicamente quelli pubblicati tra l'anno 2007 e l'anno 2017 che includevano almeno due delle cinque parole chiave indicate nel paragrafo precedente. Da questa prima selezione sono emersi 25 articoli.

Dei 25 articoli abbiamo letto gli abstract. In questo modo abbiamo escluso quelli che non rispecchiavano i criteri che riguardavano la popolazione considerata e gli interventi. Dopo questa scrematura abbiamo tenuto in considerazione 6 articoli.

5 RISULTATI

Di seguito sono presentati i risultati degli articoli analizzati e la tabella che riassume i dati raccolti da quelli considerati.

Si è scelto di descrivere per primo l'articolo che includeva un progetto ergoterapico come trattamento per ridurre i sintomi depressivi, mentre gli altri sono stati inseriti in base all'anno di pubblicazione (dal più recente).

1. Rogers et al. nel 2014, nell'articolo *High-Intensity Sports for Posttraumatic Stress Disorder and Depression: Feasibility Study of Ocean Therapy*, hanno riportato uno studio pilota, con lo scopo di valutare l'efficacia di un intervento di Ergoterapia orientato allo sport (terapia oceanica, surf), per ridurre i sintomi del disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e della depressione grave, nei veterani della guerra in Iraq, che si trovavano nella fase di vita del giovane adulto tra i 24 e i 30 anni d'età. Lo studio è stato effettuato su un campione di 14 pazienti reclutati dal personale clinico della Transizione dei Veterani della clinica ambulatoriale Centro Post Deployment Clinic, che trattò più di 400 veterani che necessitavano di cure nell'ambito della salute mentale. I partecipanti dovevano avere una diagnosi, riportata dal medico di PTSD, di Disturbo depressivo grave o di entrambe. È stato chiesto ai componenti del gruppo bersaglio di compilare un questionario di controllo (non specificato) per raccogliere i dati su: sesso, etnia, stato professionale, comorbidità e il numero di terapie che stavano effettuando per la cura dei sintomi specifici. È stato inoltre utilizzato il MDI, ovvero il Major Depression Inventory, un'autovalutazione che valuta la gravità dei sintomi depressivi. Dei 14 partecipanti, 6 (43%) hanno riferito di ricevere più trattamenti per la PTSD, per depressione o entrambi; 3 (21%) riferiscono invece di vivere condizioni di comorbidità, 5 partecipanti (36%) non hanno fornito risposte. Il programma fornito era composto da 4 ore a settimana di sessione per 5 settimane consecutive. Ogni sessione di 4 ore, caratterizzata da un'introduzione iniziale di 45 minuti e due lezioni di surf, ognuna delle quali seguita da un momento per la riflessione e la discussione di gruppo. Successivamente vennero impegnati 15 minuti di sessione per il riscaldamento per poi passare a 20 minuti di pratica e istruzione sulla tavola da surf a terra. I partecipanti ricevettero le nozioni utili per riuscire a stare in equilibrio su una tavola da surf e per cavalcare un'onda vicino alla riva. Al termine dello studio 3 partecipanti non avevano completato il programma. 1 aveva subito un danno alla spalla (non dovuto all'intervento) e 2 preso parte solo alla sessione iniziale. Degli 11 partecipanti concludenti lo studio, tutti avevano avuto una riduzione dei sintomi e in 2 partecipanti erano stati riscontrati dei livelli di PTSD e depressione grave sotto la soglia minima. Il risultato emerso in questo studio evidenzia un miglioramento degli 11 partecipanti che hanno concluso questa ricerca. Gli interventi ergoterapici, basati sullo sport del surf, per ridurre i sintomi di PTSD e depressione grave su veterani di guerra quindi stati positivi in questo caso!
2. L'articolo *Beyond METs: types of physical activity and depression among older adults*, scritto da Joshi et al. nel 2016, ha indagato tramite uno studio longitudinale di 3 anni se l'attività fisica può essere vantaggiosa nel ridurre l'incidenza della depressione negli anziani tra i 65-75 anni, e se determinati tipi di attività fisica influiscono maggiormente rispetto ad altri. Il campione, costituito da 3'497 partecipanti tra i 65 e i 75 anni, viveva a New York City. Il gruppo bersaglio è stato selezionato a caso tramite un programma computerizzato da Info USA, e successivamente è stata svolta un'intervista ai 3'497 individui. Al termine sono stati 2'355 i partecipanti reintervistati con successo. Per la raccolta dei dati sono stati utilizzati differenti strumenti di misura quali: il PASE (strumento a 10 elementi destinato a valutare i livelli di attività fisica negli adulti più anziani), il PHQ-9 (The 9-item Patient Health Questionnaire), breve questionario che

conferisce i punteggi a ciascuno dei nove criteri del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR per la depressione, il questionario della personalità di Eysenck Brief Version, il sondaggio a 7 articoli per valutare gli eventi di stress della vita e il FSQ (questionario dello stato funzionale per misurare la disabilità).

Dal risultati emerge che l'effetto benefico che l'attività fisica ha sulla depressione è maggiormente rilevante fra i partecipanti non affetti da disabilità di tipo fisico e che le persone affette da disabilità erano pure le più colpite dalla depressione.

Oltre a ciò, gli individui depressi avrebbero in genere un più basso livello di istruzione e di reddito. Il gruppo dei "walker" (passeggiate, pochi lavori domestici), degli "atletici" (sport e attività ricreative) e di chi svolgeva attività domestiche/giardinaggio avevano minori probabilità di depressione rispetto al gruppo dei meno attivi (poche o nessuna attività). Partecipanti che svolgevano alti livelli di attività fisica erano meno soggetti a contrarre sintomi depressivi.

3. Lo studio randomizzato *Antidepressant efficacy of adjunctive aerobic activity and associated biomarkers in major depression: A4- week, randomized, single-blind, controlled clinical trial* di Carvahlo et al. (2016) aveva l'intento di determinare l'efficacia antidepressiva dell'attività aerobica a breve termine. Questo studio è stato condotto presso l'Istituto di Psichiatria, Università di San Paolo, in Brasile. Considerava 57 partecipanti che variavano dai 18 ai 55 anni, tutti affetti da depressione grave e che assumevano una terapia farmacologica antidepressiva (Sertalina). Per essere inclusi, i pazienti non dovevano manifestare controindicazioni all'esercizio fisico: qualsiasi malattia cardiovascolare, infezioni, disturbi neurologici, abuso di droghe illecite o alcool, comorbidità mediche, ideazione suicidaria attiva o la storia di qualsiasi disturbo psichiatrico che non fosse la depressione. Lo studio è stato approvato dalla Commissione di etica per l'analisi di progetti di ricerca-CAPP esq (Protocollo n. 8676, pubblicato nel 19 luglio 2012), tutti i soggetti hanno fornito il consenso in forma scritta e si è svolto sull'arco di 4 settimane. Tutte le procedure sono state eseguite in conformità con la Dichiarazione di Helsinki. I partecipanti sono stati separati in modo casuale. 29 di essi hanno preso parte ad un programma che includeva, oltre all'assunzione del farmaco antidepressivo, anche la partecipazione ad esercizio aerobico (4 ore per settimana). 28 partecipanti invece assumevano solo il farmaco, senza svolgere esercizio aerobico. A tutti è stato somministrato il farmaco antidepressivo (Sertalina), in modo che non superasse i 100 mg al giorno. All'inizio e alla fine dello studio è stato somministrato l'Hamilton Rating Scale (HAM-D), per valutare il grado di depressione. 17 partecipanti hanno abbandonato lo studio durante le 4 settimane. In tutti e due i gruppi i sintomi della depressione maggiore sono diminuiti notevolmente. Nel gruppo che svolgeva attività aerobica, è stata inoltre ridotta la quantità di Sertalina somministrata. Dallo studio è emerso che non c'è una correlazione diretta tra esercizio aerobico e diminuzione dei sintomi depressivi. Si suppone che questo sia dovuto al campione ridotto, l'assunzione dei Sertalina da parte di tutti i partecipanti e del breve periodo in cui è durato lo studio. Emerge che l'attività aerobica può essere un buon complemento ad una terapia farmacologica, ma che sarebbero necessari ulteriori studi per valutare la sola efficacia antidepressiva dell'attività aerobica.
4. L'articolo *The Association Between Midlife Physical Activity and Depressive Symptoms in Late Life: Age Gene/Environment Susceptibility-Reykjavik Study*, scritto da Chang et al. nel 2015, vuole valutare tramite uno studio longitudinale della durata di 25 anni la correlazione tra attività fisica nella mezza età e i sintomi depressivi in età avanzata (25 anni dopo) in una popolazione priva di storia clinica di depressione e diagnosi di demenza. In un secondo momento è stato studiato se la correlazione fosse indipendente dalla funzione cognitiva. Questo intervento è avvenuto su un notevole campione di popolazione residente a Reykjavik, in Islanda. Sono stati reclutati 4'140 partecipanti (1.781 uomini e 2.369 donne) e l'età media era di 52 + - 7

anni. Per la raccolta dati sono stati utilizzati diversi strumenti tra cui interviste, questionario Manuale Diagnostico e Statistico del Disturbo Mentale (Quarta Edizione-DSM-IV) per la valutazione del disturbo depressivo grave, scala di depressione geriatrica a 15 elementi (GDS) e il MMSE Mini-Mental State. In seguito i partecipanti sono stati raggruppati in 2 categorie. Gli “inattivi” (nessuna ora settimanale di sport o attività fisica in inverno e in estate) e gli “attivi” composto invece da chi praticava sport o attività fisica durante la stagione invernale o quella estiva. I risultati dimostrano che essere attivi durante la mezza età apporterebbe una minor probabilità di riscontrare alti livelli di sintomatologia depressiva 25 anni dopo aver controllato demografia, marcatori fisiologici e vari aspetti della funzione cognitiva. L’effetto protettivo legato all’essere attivi nella mezza età è del 38%. Esiste quindi una forte correlazione fra il praticare attività fisica nella mezza età e la diminuzione dei sintomi depressivi in età avanzata tra i residenti di Reykjavik, senza precedenti storie di depressione. I risultati attuali sostengono l’importanza di promuovere l’attività fisica regolare tra le persone di mezza età per mantenere o migliorare la funzione fisica e il benessere psicologico nell’età avanzata.

5. Lindegård et al. (2015), nel loro studio *Changes in mental health in compliers and non-compliers with physical activity recommendations in patients with stress-related exhaustion* hanno testato l’efficacia di un trattamento a lungo termine basato sull’attività fisica per ridurre i sintomi della depressione, burnout e ansia. Lo studio è stato svolto presso l’Istituto di Medicina dello stress di Gothenburg, in Svezia. I partecipanti erano 69 (45 donne e 24 uomini) con un’età media di 42,6 anni, tutti ambulatoriali. Sono stati presi in considerazione individui che erano assenti dal lavoro causa malattia (burnout, depressione), per meno di 6 mesi. Pazienti che abusavano di alcool, che avevano gravi diagnosi psichiatriche al di fuori della depressione, con sindrome da affaticamento cronico o fibromialgia non sono stati ammessi al programma. Tramite SGPALS (scala per misurare il livello di attività fisica nelle persone), è stato misurato il livello di attività fisica svolto dai partecipanti a domicilio. Tramite SMBQ (Questionario per valutare livello di burnout) e HAD (Scala per misurare livelli di ansia e depressione), sono stati misurati all’inizio dello studio e alla fine i loro livelli di burnout e di depressione. Per 18 mesi i pazienti hanno seguito un programma che prevedeva l’incremento di attività fisica nella settimana. Tutti hanno ricevuto una consulenza personalizzata riguardo agli effetti positivi dell’attività fisica in materia di salute mentale. I partecipanti sono stati suddivisi in tre categorie: Non complianti (26 partecipanti), parzialmente complianti (22 partecipanti) e complianti (21 partecipanti). I pazienti di tutte e tre le categorie hanno avuto una riduzione dei sintomi di burnout e depressione nei gruppi parzialmente complianti e complianti all’attività fisica, Il livello di burnout e depressione ha continuato a calare in modo marcato. Lo studio indica che persone tendenzialmente inattive, che integrano almeno una volta a settimana attività fisica, possono avere buoni miglioramenti a livello di sintomi negativi di depressione e burnout.
6. Lo studio pilota randomizzato *Treatment of minor depression in older adults: A pilot study comparing sertraline and exercise* di Brenes et al. (2007) aveva lo scopo di condurre una sperimentazione clinica per verificare l’efficacia e la fattibilità di un programma di allenamento e trattamento anti-depressivo, rispetto all’assunzione di Sertalina e rispetto alle cure standard. Lo studio è stato approvato dal Consiglio di revisione istituzionale dall’università di medicina Wake Forest e durava 16 settimane. Sono stati selezionati 37 partecipanti dai 65 anni in su. Sono stati reclutati presso strutture domestiche protette e sotto prestazioni infermieristiche o sociali. Sono stati inviati volantini che spiegavano lo scopo dello studio. I partecipanti dovevano avere un minimo di 65 anni e 2-4 sintomi depressivi lievi. I criteri di esclusione erano la disfunzione cognitiva, problemi ortopedici, malattie cardiopolmonari che avrebbero

impedito l'esercizio aerobico, l'abuso di alcool e altre sostanze e gravi disturbi psichiatrici.

Sono stati divisi in modo casuale in 3 gruppi tramite un programma computerizzato. 14 partecipanti svolgevano il programma di esercizio aerobico, 11 assumevano Sertalina e 12 ricevevano cure usuali (non è specificato di cosa si trattasse). I partecipanti che svolgevano il programma di esercizio aerobico avevano un regime di esercizio 3 giorni a settimana per 16 settimane, le sessioni di allenamento duravano 60 minuti e comprendevano 5 minuti di riscaldamento, 15 minuti di fase aerobica, 20 minuti di resistenza, 15 minuti di fase aerobica e 5 minuti di defaticamento.

I livelli di depressione e le funzioni emotive sono stati rilevati tramite l'HRSD scale (Hamilton Depression Rating Scale) e il GDS Scale (Geriatric Depression Scale). All'interno dei 3 gruppi non sono emerse grandi differenze anche se i gruppi di esercizio aerobico e di assunzione di Sertalina hanno avuto una maggiore diminuzione dei sintomi depressivi, sia a livello clinico che dal punto di vista soggettivo. Gli autori consigliano in futuro di svolgere maggiori studi riguardo a un'eventuale efficacia specifica in ognuna delle tre tipologie di trattamento.

Autore	Titolo e tipo di studio	Obiettivi dello studio	N. =	Tipo di intervento	Strumenti di valutazione	Risultati	Conclusioni
Rogers et. al (2014)	High-Intensity Sports for Posttraumatic Stress Disorder and Depression: Feasibility Study of Ocean Therapy With Veterans of Operation Enduring Freedom and Operation Iraqui Freedom. Studio: Pilota, di coorte, pre-test e post-test	In questo studio è stata condotta un'indagine pre-test e post-test di un intervento di Ergoterapia orientato allo sport (terapia oceanica, surf). Lo studio vuole valutare l'efficacia di un intervento ergoterapico basato sullo sport per ridurre i sintomi di stress post traumatico e depressione grave nei veterani della guerra in Iraq, che si trovano nella fase di vita del giovane adulto tra i 24 e i 30 d'età.	14	I partecipanti ricevevano le nozioni utili a riuscire a stare in equilibrio su una tavola da surf e a cavalcare un'onda vicino alla riva, con l'aumentare della dimestichezza aumentava anche la difficoltà degli allenamenti. 4 ore a settimana per 5 settimane consecutive.	Questionari di controllo auto-somministrato (non specificato) per valutare sesso, etnia, stato professionale, comorbidità, il numero di terapie di salute mentale che stanno effettuando. Questionario Cochran: confrontare le differenze nella gravità dei sintomi di stress-post traumatico e Depressione.	11 partecipanti hanno concluso lo studio. Al termine tutti i partecipanti hanno avuto una riduzione dei sintomi e in 2 partecipanti sono stati riscontrati dei livelli di stress post traumatico e di depressione grave sotto la soglia minima.	Gli interventi ergoterapici basati sullo sport del surf per ridurre i sintomi di stress post traumatici e depressione grave a veterani di guerra sono stati positivi. Un trattamento del genere potrebbe essere proposto con altri sport, come per esempio arrampicata su roccia. Bisognerà tenere in considerazione eventuali disabilità fisiche e cognitive dei veterani e valutare la capacità di partecipazione.
Joshi et. al (2016)	Beyond METs: types of physical activity and depression among older adults. Studio: Longitudinale, prospettico	Valutare se l'attività fisica può essere vantaggiosa nel ridurre l'incidenza della depressione tra gli anziani/adulti (65-75 anni), e se determinati tipi di attività fisica influiscono maggiormente rispetto ad altri.	3497	Studio longitudinale di 3 anni, condotto da giugno 2011 a novembre 2013.	PASE (strumento a 10 elementi destinato a valutare i livelli di attività fisica negli adulti più anziani). PHQ-9 (The 9-item Patient Health Questionnaire) breve questionario che conferisce i punteggi a ciascuno dei nove criteri del DSM-IV-TR per la depressione.	Nei risultati emerge che le persone affette da disabilità erano pure le più colpite dalla depressione. Oltre a ciò, gli individui depressi hanno un più basso livello di istruzione e di reddito. Il gruppo di camminatori (walker), di atletici e di attività domestiche/giardina ggio avevano minori probabilità di depressione rispetto al gruppo dei meno attivi. Più alto è il livello di attività fisica	L'effetto benefico che l'attività fisica ha sulla depressione è maggiormente rilevante fra i partecipanti non affetti da disabilità di tipo fisiche. Praticare attività fisica ad alti livelli di intensità permette di ottenere maggiori benefici. In conclusione i risultati suggeriscono che l'attività fisica possiede un effetto protettivo sulla depressione tra gli adulti più anziani. Una combinazione di attività fisiche finalizzate sportive/atletiche e lavori domestici/giardinaggio può permette di ottenere benefici per la salute mentale tra gli adulti più anziani, soprattutto se questi non hanno limitazioni funzionali. Praticare attività fisica a livelli massimi permette di ottenere rischi più bassi per la depressione in età avanzata.

					Questionario della personalità di Eysenck Brief Version. Sondaggio a 7 articoli per valutare gli eventi di stress della vita. FSQ (questionario dello stato funzionale per misurare la disabilità).	più vi sono dei benefici in termini di protezione e prevenzione sulla depressione.	
Carvalho et. al (2016)	Antidepressant efficacy of adjunctive aerobic activity and associated biomarkers in major depression: A4- week, randomized, single-blind, controlled clinical trial. Studio: Clinico randomizzato, controllato, singolo-cieco	Determinare l'efficacia antidepressiva dell'attività aerobica a breve termine in persone (18-55 anni di età) con depressione grave che assumono una terapia farmacologica antidepressiva.	57	Per 4 settimane 29 pazienti hanno preso parte ad un programma che includeva esercizio aerobico (intensità in crescendo) 4 ore per settimana, gli altri 28 non svolgevano attività aerobica. A tutti è stata somministrata Sertalina in modo da non superare i 100 Mg per giorno	Hamilton Rating Scale (HAM-D), per valutare la gravità della depressione.	17 partecipanti hanno abbandonato lo studio, sono rimasti fino alla fine in 40. In tutti e due i gruppi di studio i sintomi della depressione grave sono diminuiti notevolmente. Nel gruppo sottoposto a esercizio aerobico è stato possibile ridurre la quantità di medicamento antidepressivo somministrato (Sertalina)	Non vi è una relazione diretta tra esercizio fisico e diminuzione dei sintomi depressivi, Questo potrebbe essere dovuto alla dimensione relativamente ridotta del campione, l'uso di antidepressivi e il breve periodo di tempo cui è durato lo studio. Risulta che l'attività fisica può essere un valido complemento ad una terapia farmacologica antidepressiva. Sarebbero auspicabili nuovi studi che riguardano pazienti affetti da depressione grave, ma che non assumono medicinali antidepressivi, per valutare un eventuale efficacia dell'attività fisica.
Chang et. al (2016)	The Association Between Midlife Physical Activity and Depressive Symptoms in Late Life: Age Gene/Environment Susceptibility-Reykjavik Study Studio : Longitudinale	Valutare attraverso uno studio longitudinale, la correlazione tra attività fisica in persone di mezza età e i sintomi depressivi in età avanzata (età media 52 + - 7) anni (25 anni dopo), in una popolazione priva di storia clinica di depressione e diagnosi di demenza. In un secondo momento è stato studiato se la correlazione fosse indipendente dalla funzione cognitiva. Questo intervento è stato fatto su una grande popolazione basata	4140	Studio longitudinale della durata di 25 anni. Pratica di sport o esercizio fisico in estate e inverno. Dalle 5 ore o meno, più di 5 ore o nessuna ora settimanale. Sono state raggruppate 2 categorie, "inattivi" (nessuna ora settimanale di sport o attività fisica in inverno e in estate) e gli "attivi" composto invece da chi praticava sport o	Interviste, questionario, questionario Manuale diagnostico e Statistico del Disturbo Mentale (Quarta Edizione- DSM-IV) per la valutazione del disturbo depressivo grave.	Rispetto a quelli che erano inattivi nella mezza età, quelli che erano attivi, avevano meno probabilità di avere alti livelli di sintomatologia depressiva in età avanzata. Quelli che erano attivi nella mezza età avevano significativamente meno sintomi depressivi 25 anni dopo, anche dopo	Esiste una forte correlazione fra praticare attività fisica nella mezza età e la diminuzione dei sintomi depressivi in età avanzata tra gli abitanti della comunità residente a Reykjavik, che non hanno avuto una storia di depressione. I risultati attuali sostengono l'importanza di promuovere l'attività fisica regolare tra le persone di mezza età per mantenere o migliorare la funzione fisica e per migliorare il benessere psicologico nell'età avanzata.

		sulla comunità residente a Reykjavik, in Islanda.		attività fisica durante la stagione invernale o quella estiva.	Scala di depressione geriatrica a 15 elementi (GDS). MMSE Mini-Mental State.	aver controllato: demografia, marcatori fisiologici e vari aspetti della funzione cognitiva. L'effetto protettivo legato all'essere attivi nella mezza età è del 38%.	
Lindegård et. al (2015)	Changes in mental health in compliers and non-compliers with physical activity recommendations in patients with stress-related exhaustion. Studio : Longitudinale - prospettico	L' intento di questo studio era quello di valutare e testare l'efficacia di un trattamento a lungo termine basato sull' attività fisica per ridurre i sintomi di depressione, burnout e ansia. (età media partecipanti: 42.6 anni)	69	Per 18 mesi 69 pazienti (65% donne) hanno seguito un programma che prevedeva l'incremento di attività fisica. Tutti hanno ricevuto istruzioni complete, tra cui una consulenza personalizzata riguardo gli effetti positivi dell'attività fisica in materia di salute mentale	SGPALS: scala per misurare il livello di attività fisica nelle persone. Esempio: Individui fisicamente inattivi = livello 1 Attività a bassa intensità: giardinaggio, camminare, andare al lavoro in bicicletta, almeno 2 ore a settimana = livello 2. Moderata intensità: aerobica, danza, nuoto, calcio, almeno 2 ore a settimana = livello 3. Individui che praticano almeno 5 ore a settimana in attività molto intense = livello 4. SMBQ: Questionario per valutare livello di burnout.	I cambiamenti dei sintomi sulla salute mentale sono stati confrontati su: non complianti (26), parzialmente complianti (22) e complianti (21). In tutti i gruppi il livello di burnout e di depressione si è ridotto. I sintomi hanno continuato a diminuire in modo più marcato nei gruppi dove i partecipanti allo studio erano moderatamente o fortemente complianti al programma di attività fisica.	Persone con diagnosi di burnout e depressione tendenzialmente fisicamente inattivi, possono avere buoni miglioramenti sui sintomi negativi, integrando nel loro programma settimanale almeno una volta a settimana una sezione di esercizi fisici.

					HAD: scala per misurare livelli di ansia e depressione.		
Brenes et. al (2007)	Treatment of minor depression in older adults: A pilot study comparing sertaline and exercise. Studio: Pilota/Randomizzato	Lo scopo di questo studio randomizzato era quello di condurre una sperimentazione clinica pilota per verificare la fattibilità e l'efficacia di un programma di allenamento e trattamento anti-depressivo rispetto le cure standard e l'assunzione di Sertalina, nel miglioramento del funzionamento emotivo e fisico degli anziani con depressione minore (65 anni e più).	37	I partecipanti sono stati inseriti in modo casuale in tre gruppi di studio. 14 svolgevano un programma di esercizio fisico, 11 assumevano Sertalina e 12 svolgevano "cure usuali" (non è indicato di cosa si tratta). Dopo 4 mesi sono stati valutati e analizzati i dati. I partecipanti del gruppo di esercizio fisico avevano un regime di 3 giorni alla settimana per 16 settimane. Le sessioni di allenamento duravano 60 minuti e comprendevano 5 minuti di riscaldamento, 15 minuti di fase aerobica, 20 minuti di fase di resistenza, 15 minuti di fase aerobica e 5 minuti di defaticamento.	MMSE: mini-Mental status examination. GDS: Geriatric Depression Scale. SF-36: Short from-36 Health survey. HRSD: Hamilton Rating Scale for Depression. Spitzer: patient Health questionnaire -9. Epidemiologic al Studies of the Eldery short Phisical Performance	Non sono emerse grandi differenze nei tre gruppi. I gruppi di esercizio fisico e somministrazione di Sertalina hanno avuto maggiore diminuzione dei sintomi di depressione sia a livello clinico, sia dal punto di vista soggettivo.	I partecipanti dei gruppi di esercizio fisico e assunzione di Sertalina hanno avuto una diminuzione maggiore di sintomi depressivi rispetto a chi svolgeva cure standard. Si dovrebbero svolgere in futuro maggiori studi riguardo un eventuale efficacia specifica di ognuna delle tre tipologie di trattamento.

Tabella 5: Riassunto schematico degli articoli selezionati

6 DISCUSSIONE SUI DATI RICONTRATI NELLA LETTERATURA CONSIDERATA

Dalla ricerca effettuata, non si sono potute evincere che pochissime e debolissime evidenze riguardo l'applicazione nell'ambito dell'Ergoterapia di trattamenti che riguardassero lo sport e l'attività fisica nella cura e nella prevenzione della depressione. Dagli articoli sono però affiorati diversi elementi rilevanti che potrebbero essere utilizzati per una pratica futura nell'ambito ergoterapico e della salute mentale.

Ermes (1993) afferma che all'interno della società, lo sport e l'attività fisica hanno un ruolo importante anche perché permettono alle persone di poter interagire con l'ambiente che li circonda attraverso il movimento, il gioco, la sfida sia individualmente che attraverso la condivisione con altre persone. Il loro beneficio è riscontrato a livello psico-fisico.

Uno studio che sembra confermare l'affermazione che abbiamo riportato di questo autore è appunto quello di Rogers et al. (2014) riguardo lo sport del surf come trattamento ergoterapico nei veterani di guerra americani per ridurre i sintomi dello stress post traumatico e della depressione. Il numero scarso di partecipanti in questa ricerca non permette di considerare generalizzabili gli effetti positivi riscontrati.

Va però sottolineato che il metodo di applicazione per questo studio, suggerisce degli spunti ergoterapici interessanti.

L'ergoterapista, infatti, proponendo un trattamento in gruppo (vedi "metodo basato sull'interazione" a pag. 18) potrebbe facilitare le riflessioni sulle dinamiche del gruppo, rendendo i membri consapevoli dei processi inter-intrapersonali legati allo svolgimento dell'attività, in modo da offrire opportunità per elaborare i movimenti interiori ed exteriori inerenti tali processi (Kubny-Lüke, 2003). Si può quindi ipotizzare che proporre un trattamento di gruppo basato sullo sport e l'attività fisica potrebbe portare dei benefici a livello psico-fisico dei partecipanti andando a diminuire i sintomi depressivi aiutandoli così a percepire una miglior qualità di vita. Anche perché le esperienze individuali esplorate attraverso il gruppo permettono di condividere i bei momenti caratterizzati dai propri successi ma anche le proprie delusioni dettate da eventuali paure o sconfitte, traendo anche da ciò la forza necessaria per poter raggiungere l'obiettivo comune (Kubny-Lüke, 2003, Ermes, 1993).

Dallo studio emergerebbe che il particolare setting in cui si sono svolte le attività, ha permesso ai militari di ritrovare il senso di gruppo, di fratellanza, dove ognuno condivideva con gli altri le proprie esperienze, sia positive sia negative, traendone beneficio (Rogers et al. 2014).

L'ergoterapista considera che la persona o le persone all'interno di un trattamento di gruppo o in un setting di gruppo potrebbero vivere momenti di agio, di disagio e di confusione durante il percorso verso un nuovo stato di equilibrio. Sempre dallo studio di (Rogers et al. 2014) è emerso che l'ambiente e il setting erano stati pensati, valutati e pianificati dai conduttori dell'intervento. Le lezioni base per la tecnica del surf si tenevano sulla terra ferma, le persone potevano familiarizzare con le tecniche e con il materiale, andando così ad accrescere la loro sicurezza in merito a questo sport. Il mare però non può essere controllato, si possono prevedere alcune cose ma la natura a volte riserva alcuni imprevisti. Questo ha permesso ai partecipanti di confrontarsi con situazioni di sfida dove alle tecniche imparate bisognava attingere alle proprie capacità di adattamento e di generalizzazione delle competenze acquisite in modo da poter far fronte alle sfide imposte dal mare. I soldati non sono mai stati messi in situazione di pericolo, ma hanno comunque dovuto confrontarsi con dei momenti dove non avevano il pieno controllo della situazione. Ciò ha consentito loro di trovare un senso di sfida utile per perseverare nell'attività superando così alcuni loro limiti.

Come abbiamo visto, l'ergoterapista tramite l'analisi di attività intraprende un processo di analisi della situazione e degli obiettivi, che assieme alla persona, si intendono raggiungere. Mettendo il focus sull'occupazione e sulle attività significative si cerca di rendere il trattamento personalizzato e adatto all'individuo. A questo proposito vengono focalizzate le risorse della persona, preferibilmente ai limiti massimi delle sue capacità, in modo da valorizzarla e non mettendo il focus sulle limitazioni le quali potrebbero far partire la terapia con un'impronta negativa (Coster, 1998; Fisher, 2001 cit. in Willard e Spackman, 2008). Anche dagli articoli di Rogers et al. (2014), Lindegård et al. (2015) e Carvalho et al. (2016) è emerso quanto sia importante una continua valutazione, sia dell'ambiente, sia della persona che dell'attività scelta, in modo da riuscire a proporre eventuali modifiche atte a raggiungere lo scopo prefissato, sempre mantenendo un senso di sfida, quindi di crescita, raggiungendo così una performance occupazionale mirata alla persona (Willard e Spackman, 2008; Law, 1996).

In certi casi proporre un trattamento antidepressivo o preventivo basato sullo sport o l'attività fisica può non essere indicato o deve essere adattato. Alcune limitazioni che riguardano gli individui si possono affrontare, proponendo modifiche, sia per quanto riguarda l'attività stessa, proponendo degli ausili o intervenendo in modo da creare le condizioni favorevoli per un trattamento di qualità (Willard e Spackman, 2008; Law, 1996).

Dagli articoli presi in esame, si deduce che eventuali candidati con gravi limitazioni fisiche, come problemi cardiaci, neurologici e menomazioni gravi sono stati scartati dai rispettivi programmi, sia di trattamento sia di prevenzione riguardanti i sintomi della depressione. Allo stesso modo persone con problemi cognitivi a causa di ritardo mentale o demenze non hanno potuto partecipare agli studi. Queste direttive sono state applicate in quanto i ricercatori hanno ritenuto che con questo tipo di limitazioni, le persone non avrebbero avuto le condizioni idonee per partecipare ai relativi studi (Carvalho et al., 2016; Lindegård et al., 2015; Brenes et al., 2007; Joshi et al., 2016; Chang et al., 2015; Rogers et al., 2014).

Brenes et al. (2007), Lindegård et al. (2015), Carvalho et al. (2016), dal canto loro, hanno escluso dalla partecipazione ai rispettivi studi, persone che abusavano di droghe o alcool, in quanto ritenuta una variabile disfunzionale per gli obiettivi dello studio.

Al contrario Joshi et al. (2016) e Chang et al. (2015) all'interno dei loro criteri di esclusione non menzionano l'uso di droghe o alcool.

Brenes et al. (2007), Lindegård et al. (2015), Carvalho et al. (2016), proponevano un trattamento a persone con sintomi depressivi già conclamati.

Al contrario Joshi et al. (2016) e Chang et al. (2015) hanno svolto degli studi di prevenzione riguardo alla sintomatologia depressiva.

Si potrebbe supporre che nel primo caso, volendo studiare gli effetti "immediati" dell'attività fisica sulla depressione, una dipendenza avrebbe costituito un'imprescindibile fattore negativo, che avrebbe potuto influenzare negativamente tutto lo studio. Mentre per quanto riguarda gli altri due studi si potrebbe supporre che basandosi su interventi di carattere preventivo, svolti su un arco di tempo relativamente lungo sarebbe stato impossibile prevedere per il futuro un'eventuale abuso di sostanze, sia esse stupefacenti o alcoliche. Non è stato però indicato se questo tipo di esclusione sia stata fatta all'inizio del reclutamento per lo studio.

Un ergoterapista, in vista di un'eventuale trattamento basato sullo sport e sull'attività fisica dovrà valutare eventuali limiti fisici e cognitivi in modo da non proporre una terapia inadeguata che invece di portare risultati positivi possa causare problemi. Individui con limitazioni fisiche potrebbero rischiare di peggiorare il loro stato di salute o magari potrebbero non riuscire ad intraprendere il trattamento proposto, rischiando così di cadere in una frustrazione dannosa per un futuro trattamento alternativo all'attività fisica o allo sport.

Una limitazione cognitiva potrebbe limitare la comprensione di un trattamento proposto e una formulazione di obiettivi comuni, rendendo limitate le possibilità di successo.

E' appunto un'attenta analisi della persona e della situazione globale che mette in condizioni l'Ergoterapista di non proporre terapie rischiose per la salute psico-fisica dell'individuo (Willard e Spackman, 2008).

Secondo Joshi et al. (2016) il declino cognitivo, la generale riduzione della qualità di vita e l'insoddisfazione, sono alcuni dei fattori che porterebbero le persone a presentare sintomi depressivi in età avanzata. Secondo quanto riscontrato con il loro studio, sembrerebbe che un trattamento preventivo basato sull'attività fisica e sport ad alti livelli di intensità potrebbe prevenire l'insorgere della depressione, andando ad incidere sulla qualità di vita degli anziani (Joshi et al., 2016).

Dallo studio di Chang et.al (2016), emergerebbe che il solo fatto di praticare regolarmente attività fisica, durante la mezza età (52 +/- 7 anni) potrebbe migliorare la salute mentale delle persone in età avanzata, riscontrando meno sintomi depressivi 25 anni dopo. Se dallo studio di Joshi et al. (2016) un'alta intensità di attività fisica parrebbe dare maggiori benefici sulla prevenzione di sintomi depressivi, all'interno di quello di Chang et al. (2016) invece non compaiono informazioni correlate all'intensità e alla frequenza dell'attività fisica praticata dai partecipanti durante lo studio. D'altro canto nello studio di Joshi et al. (2016) le informazioni riguardo la quantità di attività fisica praticata nel privato derivava da autocertificazioni, ciò avrebbe potuto portare ad una sovrastima dell'attività svolta.

Oggi giorno la depressione è la causa maggiore di disabilità a livello mondiale (OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità 2017). Guardando a questi dati si potrebbe pensare che progetti che includano la prevenzione della depressione possano essere molto utili. Riuscire ad agire prima che il problema si manifesti, attraverso dei progetti mirati basati sull'attività fisica e lo sport potrebbe portare a benefici futuri per le persone, le quali, attraverso specifici programmi, arriverebbero ad assumere comportamenti salutari adottandoli poi come risorsa per il futuro.

Oltre a quelli che indagavano sulla prevenzione, come visto, abbiamo preso in considerazione anche studi che proponevano trattamenti basati sullo sport e attività fisica quando i sintomi depressivi erano già presenti (Carvalho et al., 2016; Lindegård et al., 2015; Brenes et al., 2007). Anche in questo caso è emerso che il praticare regolarmente un'attività fisica o uno sport porterebbe a dei benefici riguardo la riduzione della depressione. Lo studio randomizzato, condotto presso l'Istituto di Psichiatria della Università di San Paolo in Brasile, ha evidenziato che l'attività fisica potrebbe essere un valido contributo in associazione ad una cura farmacologica. Entrambi i gruppi di partecipanti hanno avuto riduzione dei sintomi depressivi, sia che svolgessero esercizio fisico, sia che assumessero solamente una terapia farmacologica (Carvalho et al., 2016; Lindegård et al., 2015; Brenes et al., 2007). Questo dato mette dei limiti riguardo l'efficacia antidepressiva di attività fisica e sport (Carvalho et al., 2016; Lindegård et al., 2015; Brenes et al., 2007). Dai dati emersi si potrebbe pensare che un solo trattamento basato sull'attività fisica/sport potrebbe non essere totalmente efficace. Il dato che comunque sembra significativo però, è che il gruppo che ha incluso nell'intervento anche l'attività fisica, ha potuto ridurre i quantitativi del medicamento Sertalina che stava assumendo (Carvalho et al., 2016).

Dagli elementi emersi si potrebbe ipotizzare che un programma di trattamento antidepressivo potrebbe includere l'attività fisica e lo sport come terapia coadiuvante ad altre, come la terapia farmacologica o la psicoterapia, portando dei benefici e riuscendo eventualmente a ridurre la quantità di posologia farmacologica assunta.

Ci sembra condivisibile l'auspicio degli autori che in futuro, vengano intrapresi un più rilevante numero di studi che vadano ad indagare maggiormente gli eventuali benefici di trattamenti antidepressivi basati prevalentemente sull'esercizio fisico.

Il beneficio dell'attività fisica e dello sport, seppure emerso nei risultati degli studi, non viene definito in modo chiaro all'interno degli articoli. Risalta l'impatto positivo a livello psico-fisico e di riduzione di pensieri negativi (Brenes et al., 2007), così come è emersa la grande importanza del potenziale terapeutico dell'esercizio fisico svolto in gruppo, dove si è potuta riscontrare la partecipazione sociale, la collaborazione tra individui e la condivisione di esperienze positive e negative tra i partecipanti, andando a creare un senso di vicinanza e attaccamento che hanno rafforzato il gruppo e il singolo (Rogers et al., 2014).

Chang et al. (2016) dopo aver svolto il proprio studio ipotizzano che i benefici riscontrati potrebbero essere attribuiti all'attività fisica, la quale porterebbe ad un aumento dei livelli di endorfina e serotonina nell'organismo, andando a ridurre così il dolore, l'ansia e i sintomi depressivi ed aumentando la sensazione di benessere. Per poter attivare le endorfine è necessario che l'attività fisica abbia una certa intensità. Questo lo si può ottenere per esempio correndo, remando o pedalando ad almeno il 60% delle proprie capacità cardiovascolari (Cascua, 2004).

Quando si parla di progetti di cura che comprendono campi specifici non è immaginabile pensare che una sola figura professionale possa prendere a carico l'intero lavoro. Lo studio di Rogers et al. (2014), ad esempio, pur essendo stato pensato e gestito da ergoterapisti, ha necessitato l'intervento di altre figure professionali, quali, psicologi, esperti di surf, volontari, questo perché all'interno di tale progetto di studio erano tante le specificità che bisognava valutare, come ad esempio le tecniche per svolgere il surf, il supporto psicologico, la gestione di fallimenti, frustrazioni, conflitti e non da ultimo l'organizzazione e l'analisi del setting, del materiale e dei partecipanti.

Le cure in salute mentale richiedono una forte collaborazione tra varie figure professionali. Questo processo di collaborazione dà la possibilità di lavorare assieme per raggiungere un obiettivo specifico e comune, come migliorare la qualità di vita dell'individuo andando ad indentificare e sviluppare abilità e comportamenti appropriati (Möller et al., 2016).

La collaborazione interprofessionale comporta un'interazione partecipativa, una coordinazione ed una collaborazione che portano ad una presa di decisioni che tutti condividono per quello che riguarda i problemi della persona, sia riguardo la salute, sia riguardo l'aspetto sociale (IOSI-EOC, 2016).

Elementi di pratica collaborativa includono responsabilità, affidabilità, coordinamento, comunicazione, cooperazione, assertività, autonomia, fiducia reciproca e rispetto (IOSI-EOC, 2016).

Alcuni limiti potrebbero compromettere un'efficace collaborazione interprofessionale. Ad esempio, una terminologia professionale non comune a tutte le figure professionali potrebbe portare ad incomprensioni e quindi a difficoltà nella presa a carico del paziente e nell'elargire le cure necessarie. Inoltre ogni figura potrebbe dare maggiore importanza ad alcuni obiettivi rispetto ad altri, faticando così a trovare una linea comune di intervento. Sarebbe quindi auspicabile che il team svolga degli incontri regolari, in modo da potersi aggiornare e chiarire riguardo al progetto, riducendo al massimo le eventuali incomprensioni e mirando a raggiungere gli obiettivi comuni e non dei singoli.

7 CONCLUSIONI

Ricollegandoci al nostro quesito di ricerca “Lo sport e/o l’attività fisica come trattamento ergoterapico possono ridurre o prevenire i sintomi della depressione, migliorare la qualità di vita e la performance occupazionale nel giovane adulto, nell’adulto e nell’anziano?”, possiamo affermare di aver riscontrato nella letteratura, informazioni utili, ma non totalmente esaustive.

Per quanto riguarda l’efficacia nella riduzione e prevenzione di sintomi depressivi tramite attività fisica e/o sport potrebbe esserci un buon riscontro, ma non specifico, per quanto riguarda l’Ergoterapia.

L’attività fisica e/o lo sport sono capaci di far produrre al corpo ormoni che intervengono dando un senso di piacere e permettendo di focalizzare l’attenzione dell’individuo depresso su qualcosa di più positivo, esterno al proprio dolore (Cascua, 2004). Raggiungere obiettivi personali consentirebbe alla persona di accrescere la propria autostima, aumentando la consapevolezza di poter avere risorse valide al suo interno. Maggiori sono i successi, più ci si sentirà capaci e bravi, più alta sarà la motivazione nel fare (Trabucchi, 2013). Gli individui attraverso attività fisica e sport divertenti per loro potrebbero inoltre riscoprire momenti di buon umore e di piacere (Cascua, 2004; Trabucchi, 2013).

I risultati ottenuti dagli studi depongono complessivamente per una diminuzione e prevenzione dei sintomi della depressione, un miglioramento oggettivo e soggettivo della qualità di vita ed un incremento della performance occupazionale.

L’attività fisica e lo sport sono attività che l’ergoterapista, opportunamente formato, potrebbe utilizzare come mezzo terapeutico e che, stando a quanto emerge dagli studi presi in considerazione, potrebbero avere un ruolo importante nella presa a carico di giovani adulti, adulti e anziani affetti da depressione. Queste attività aggiunte alle altre terapie, come per esempio la psicoterapia e la farmacoterapia, potrebbero fungere da complemento nella riduzione dei sintomi depressivi permettendo di alleviare il malessere inflitto dalla malattia.

In conclusione, crediamo sia opportuno ampliare le ricerche in questo ambito e in quello che riguarda eventuali pratiche ergoterapiche che fanno capo ad attività fisica e/o sport, al fine confermare con dati scientifici quello che il poeta latino Giovenale aveva affermato già nel I secolo d.c.: “*Mens sana in corpore sano*”.

Il nostro Lavoro di Bachelor ha riscontrato alcuni punti sfavorevoli per quanto riguarda gli studi che includevano la figura dell’ergoterapista. Purtroppo dalle ricerche effettuate un solo articolo esponeva metodi di trattamenti antidepressivi basati sull’ Ergoterapia e sport/attività fisica. È stato quindi necessario includere studi che considerassero altre figure professionali, seppure il focus fosse sempre il trattamento dei sintomi depressivi tramite l’esercizio fisico. Questo lavoro non è focalizzato su un’unica categoria di depressione, bensì ad una più vasta tipologia. Inoltre il gruppo bersaglio preso in considerazione ricopre una fascia d’età molto vasta (giovane adulto, adulto e anziano). Ciò non permette quindi di apportare dati specifici legati ad una singola classificazione di questo disturbo (la depressione) e ad una determinata fascia d’età.

In Ticino, il ruolo dell’ergoterapista nell’ambito della salute mentale è ancora un argomento poco conosciuto e deve svilupparsi maggiormente (Möller et al., 2016). A questo proposito un ergoterapista ha una grande responsabilità in merito alla propria formazione, nell’ambito della salute mentale non meno che in altri. Necessita di formazione continua e specifica per i diversi campi di applicazione.

Le competenze di un Ergoterapista non possono però supplire quelle di eventuali specialisti e professionisti, sia riguardo alcuni problemi connessi alla depressione, sia riguardo determinate attività sportive e fisiche. A questo proposito sarebbe opportuno collaborare con altre figure professionali specializzate, in grado di colmare eventuali limiti professionali, portando così ad offrire cure adeguate e di qualità (Möller et al., 2016, Istituto Oncologico della Svizzera Italiana-Ente Ospedaliero Cantonale, IOSI-EOC, 2016).

Dalle letture effettuate per svolgere questo lavoro di tesi, sono emersi diversi spunti che potrebbero essere messi in pratica nella professione dell'Ergoterapia, metodi che includono l'attività fisica e/o sport, con i quali si potrebbe accompagnare una persona affetta da depressione verso una riduzione dei sintomi che le impediscono di vivere appieno la propria vita. Sarebbe auspicabile che, anche all'interno della nostra realtà, diventasse un approccio valido, definito in modo più chiaro e strutturato, in modo da poterlo inserire come terapia.

All'interno delle cliniche psichiatriche ticinesi, si potrebbero integrare durante la settimana, momenti di attività fisica e/o sport, in un'ottica ergoterapica, destinati alla riduzione dei sintomi depressivi. Le proposte saranno studiate ed adattate a dipendenza dei bisogni specifici delle persone. Con il passare del tempo, a dipendenza delle esigenze dell'individuo, potranno anche modificarsi e cambiare.

La nostra professione ci aiuta e ci permette di avere una visione olistica della persona. Un aspetto rilevante, quando si vuole proporre un trattamento mirato alla cura o alla prevenzione/promozione, riguarda l'analisi e la valutazione dei molteplici aspetti che compongono un eventuale progetto di trattamento. L'ergoterapista dovrebbe quindi concordare, assieme all'individuo affetto da depressione, le attività fisiche/sportive più idonee da praticare all'interno di esso. Dovrà capire, inoltre, quale potrebbe essere l'ambiente ideale in cui svolgerlo (camera, palestra, natura...) e in quale contesto operare (solo, in gruppo). Dovrà, inoltre, valutare eventuali problematiche riguardo la logistica, le risorse finanziarie ed umane necessarie, che includono l'attività fisica e/o sport per curare e/o prevenire i sintomi della depressione.

Per quanto riguarda l'attività fisica e lo sport, l'ergoterapista può svolgere corsi specifici e di perfezionamento. Per esempio, per le pratiche sportive, esistono sul territorio appositi corsi che consentono di raggiungere competenze che permettono l'acquisizione di brevetti da monitori riconosciuti a livello svizzero in varie discipline sportive (per esempio i brevetti G+S). La possibilità di aggiornamento e specializzazione permette di mantenere determinate conoscenze e di impararne di nuove. L'ergoterapista potrebbe aggiungere queste competenze a quelle specifiche dell'Ergoterapia adattandole ai bisogni dell'individuo. È importante inoltre che favorisca l'accrescimento di conoscenze teoriche, metodologiche e scientifiche, in modo da favorire lo sviluppo delle buone pratiche specifiche dell'Ergoterapia.

Guardando al futuro, un ergoterapista potrebbe pensare ad un progetto a lungo termine, basato sulla promozione e/o prevenzione. Esso dovrebbe prevedere di informare la popolazione che l'attività fisica può aiutare a prevenire l'insorgere di determinate problematiche a livello non solo fisico ma anche a livello mentale. Dovrebbe prevedere, inoltre, di incentivare uno stile di vita basato sull'integrare lo sport e l'attività fisica nel quotidiano delle persone, cercando di fare in modo che assumano il più possibile un significato individuale quale occupazione nella vita. A questo proposito assume quindi un ruolo importante l'informazione sul territorio con un apporto specifico che l'Ergoterapia potrebbe contribuire a dare in questa vasta tematica.

VALUTAZIONI PERSONALI

Paolo

Abbiamo iniziato il nostro percorso cercando un tema di interesse comune per il lavoro di tesi, era importante trovare un argomento che ci accomunasse e ci rappresentasse per poterci coinvolgere e stimolare durante tutto il percorso di redazione.

Lo sport, come evidenziato al principio del lavoro, ci accomuna e ci appassiona. Eravamo concordi nel riconoscere i benefici che l'attività sportiva sembrava apportare non solamente al corpo ma anche ad un equilibrio mentale. Alcune esperienze personali, ci hanno reso maggiormente consapevoli e sensibili sull'argomento, attorno ai benefici della pratica sportiva e nell'ambito della salute mentale. Abbiamo deciso di approfondire l'argomento facendo una ricerca bibliografica al fine di rilevare studi al riguardo.

La depressione è un problema di salute mentale molto presente a livello mondiale. Capire se un trattamento basato sullo sport/attività fisica potesse ridurre o prevenire i sintomi della malattia depressiva era per noi stimolante per eventuali progetti concreti nell'ambito del nostro futuro lavoro.

È stato davvero interessante e arricchente leggere da varie fonti e dagli articoli ricercati, le informazioni che progressivamente andavano ad ampliare il nostro bagaglio culturale.

Oltre a rendere sempre più salde le conoscenze riguardo al tema e analizzando gli articoli, abbiamo potuto comprendere quanto la professione dell'Ergoterapia, con le sue specificità, collegata a trattamenti basati sull'attività fisica e sport potrebbe essere d'aiuto nella problematica della depressione.

Stefano

Durante la stesura della domanda di ricerca avevamo numerose aspettative viste le nostre relative, ma allo stesso tempo significanti esperienze di vita. Ero curioso ma allo stesso tempo consapevole degli effetti benefici che questa pratica portava all'essere umano, malato o sano che esso sia.

Visto l'importante legame che mi avvicina al mondo della salute mentale, in special modo proprio a quello della depressione, questo tema è stato particolarmente stimolante ed importante per me. Questo legame è dovuto soprattutto, alla condizione di malattia con cui si confronta ormai da decenni un mio stretto familiare. Diciamo dunque che nella mia vita, o meglio ancora nel profondo della mia persona, è sempre stato presente questo mondo.

Oltre a tutti i benefici e insegnamenti scolastici /professionali che nel redigere la tesi ho appreso, la lezione più grande è stata quella personale e familiare. Mi è stato di grande supporto, se non una sorta di fonte di energia questo lungo percorso chiamato lavoro di Bachelor.

Come ultima considerazione e per ricollegarmi agli insegnamenti di tipo professionale/scolastico, posso confermare che sono state diverse le difficoltà durante la stesura di questo lavoro, ma nel contempo ho potuto ampliare le mie conoscenze su molteplici argomenti inerenti la salute mentale, su un tipo di trattamento come quello basato sullo sport/attività fisica e infine ho potuto ampliare il mio bagaglio di conoscenze per quanto riguarda la ricerca.

Grazie alla redazione di questo lavoro di tesi, inoltre, ho potuto migliorare e rinforzare le mie competenze critiche, di esplorazione delle diverse banche dati e di sintesi.

RINGRAZIAMENTI

Vorremmo ringraziare innanzi tutto quelle persone che con gesti e parole di incoraggiamento ci hanno aiutato, contribuendo alla sua realizzazione.

Un grazie particolare va alla nostra direttrice di tesi, Irene Guarneri. Sempre molto attenta e presente ci ha guidati con esperienza e dedizione lungo il nostro percorso di redazione del lavoro di tesi. Anche nei momenti dove la pressione era alta, ci ha sempre ascoltati e accolti, fornendoci preziosi consigli che ci hanno permesso di affrontare e sostenere il nostro argomento.

Ringraziamo il professor Lorenzo Pezzoli, Tina Weber, Matthias Möller, Vera Alippi, Mauro Marsiglio, Andrea Jacot Descombes e Jenny Ricciardi per averci regalato un po' del loro tempo prezioso e sostenuto nella realizzazione del lavoro.

Paolo

Ringrazio di cuore la mia famiglia che come sempre mi è vicina nelle scelte e nei percorsi che intraprendo. Siete un grande punto di riferimento e spesso mi avete aiutato ad andare avanti nelle scelte della vita a anche quando da solo faticavo.

Ringrazio la mia ragazza Lucia che oltre ad essere una compagna meravigliosa è anche un'amica che nei momenti difficili mi è vicina e mi sostiene facendomi notare che esiste sempre una soluzione e che le avversità vanno affrontate con atteggiamento positivo.

Ringrazio i miei amici che con parole e consigli mi hanno sempre sostenuto nel mio percorso formativo, oltre che a quello del lavoro di tesi. L'ho molto apprezzato.

Stefano

Questo percorso è stato caratterizzato da molteplici emozioni. È stato dunque una grande risorsa avere delle basi solide e costantemente presenti, dall'inizio alla fine.

Queste basi solide sono state in primis la mia famiglia, che mi ha trasmesso forza e motivazione durante i momenti più tesi e difficili. Il loro entusiasmo ha contribuito e alimentato la mia determinazione nel arrivare alla fine del percorso formativo e dunque pure del mio Lavoro di Bachelor.

La mia ragazza Gianna, che ha sempre creduto nelle mie potenzialità valorizzandomi giorno dopo giorno, supportandomi quando le forze stavano per finire. La sua presenza mi ha permesso di avere un equilibrio e di performare nella miglior condizione possibile.

Pure tutti i miei amici hanno giocato un ruolo importante, poiché riconoscevano l'importanza e la fragilità della fase in cui mi trovavo. Sono sempre stati comprensivi, presenti e vicini.

BIBLIOGRAFIA

ARTICOLI

1. Ainsworth, B., Haskell, W., Jacobs, D., Montoye, h., Sallis, J., Paffenbarger, R. (1993). Compendium of physical activities: "classification of energy costs of human physical activities. *Med Sci Sports exerc* 25(1) : 71-80
2. Arbesman, M., Logsdon, D. (2011). Occupational Therapy Interventions for Employment and Education for Adults With Serious Mental Illness: A systematic Review. *AOTA Volume 65, Numero 3*
3. Brenes, A. G., Williamson, J. D., Messier, S. P., Rejeski, W. J., Pahor, M., Ip, E., Penninx, B. W. J.H. (2007). Treatment of minor depression in older adults: A pilot study comparing sertraline and exercise. *Aging Ment Health* 11(1): 61-68. doi: 10.1080/13607860600736372
4. Carvalho, Siqueira, C., Valiengo, L.L., Carvalho, F.A. , Santos-Silva, P.R., Missio, G., de Sousa, R.T., Di Natale, Gattaz, W, F., Moreno, A, R, G., Vieira-Machado, R.(2016). Antidepressant efficacy of adjunctive aerobic activity and associated biomarkers in major depression : A 4- week, randomized, single-blind, controlled clinical trial. *PLoS ONE* 11(5): e0154195. doi: 10.1371
5. Chang, M., Snaedal, J., Einarsson, B., Bjornsson, S., Saczynski, S.J., Aspelund, T., Garcia, M., Gudnason, V., Harris, B.T., Launer, J.L., Jonsson, V.P. (2016). The Association Between Midlife Physical Activity and Depressive Symptoms in Late Life: Age Gene/Environment Susceptibility—Reykjavik Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 71(4): 502-507. doi: 10.1093/geron/qlv 196
6. Joshi, S., Mooney, S., Kennedy, G. J., Benjamin, E., Ompad, D., Rundle, A. G., Beard, J. R., Cerdá, M. (2016). Beyond METs: types of physical activity and depression among older adults. *Age Ageing* 45(1):103-9.doi:10.1093/ageing/afv164
7. Lindegård, A., Jonsdottir, H. I., Börjesson, M., Lindwall, M., Gerber, M. (2015). Changes in mental health in compliers and non-compliers with physical activity recommendations in patients with stress-related exhaustion. *Lindegård et al. BMC Psychiatry* 15: 272. Doi: 10.1186/s12888-015-0642-3
8. Möller, M., Alippi, V. (2016). Sfida e speranza allo stesso tempo per la terapia occupazionale al sud delle Alpi: il progetto dell'implementazione di tre servizi di terapia occupazionale in strutture stazionarie psichiatriche del Ticino. *Gito Vol. 16*, 62-71.
9. Rogers, M. C., Mallinson, T., Peppers, D. (2014). High-Intensity Sports for Posttraumatic Stress Disorder and Depression: Feasibility Study of Ocean Therapy With Veterans of Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom. *American Journal of Occupational Therapy*, Vol. 68, 395-404. doi:10.5014/ajot.2014.011221
10. Smith, S., DeLany, J., Barrows, J.V., Brownrigg, S., Honaker, DeLana., Sava, D.I., Talley, V., Voelkerding, K., Amini, D.A., Smith, E., Toto, P., King, S., Lieberman, D. (2008). Framework per la pratica clinica della terapia occupazionale : dominio e processo, seconda edizione. *Gito Vol. 2*.

LIBRI

1. Arieti, S., Bemporad, J., (1981). La depressione grave e lieve. L'orientamento psicoterapeutico. Milano: Feltrinelli.
2. Cascua, S., (2004), Lo sport fa davvero bene alla salute? Milano: Red editore.
3. Cunningham P. J., (2006). Essere nel fare: Introduzione alla terapia occupazionale. Milano: Franco Angeli.
4. Ermes, E., (1993), Medicina e salute-Salute e benessere volume 9.
5. Farnè, M., (2001). Psicologia, salute e malattia. Introduzione alla psicologia della salute. Bologna: Zanichelli.
6. Fitzgibbon, J., (2006). Sono sempre stanco! Conoscere e vincere la spossatezza cronica. Milano: Mondadori.
7. Jervis, G., (2002). La depressione. Bologna: Il Mulino.
8. Kubny-Lüke, B., (2003). Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
9. Maj, M., Sartorius, N., (2004). Disturbi depressivi. Roma: CIC Edizioni Internazionali
10. Maulini, C., (2014), Progettare il benessere attraverso lo sport. Milano: Franco Angeli.
11. Parrella, R., (2006). La depressione: storia, teoria, clinica. Roma: Carocci.
12. Pignarre, P., (2010). L'industria della depressione. Torino: Bollati Beringhieri.
13. Thomas, H., (2015). Occupation-Based Activity Analysis (2nd. ed.). Thorofare J. SLACK Incorporated.
14. Willard e Spackman, (2008). Terapia occupazionale. Roma: Antonio Delfino.

DOCUMENTI NON PUBBLICATI

1. Möller, M. (2016). *L'analisi d'attività come elemento indispensabile nella formazione in ergoterapia*. Documento non pubblicato. Manno: SUPSI/DEASS.

SITI INTERNET

1. OMS, WHO World Health Organization. Depressione. (Febbraio 2017). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
2. Wikipedia. Definizione dello sport. (Marzo 2017). <https://it.wikipedia.org/wiki/Sport>
3. Approccio Multidisciplinare, EOC – Pallclick (Agosto 2017) <http://www.eoc.ch/dms/site-eoc/documenti/pallclick/home/Modello-di-consulenza-CCPS>
4. Definizione di Salute mentale. OMS. (Agosto 2017) www.giuliamatteo.org/la-salute-mentale-secondo-oms

Lavoro di Tesi approvato in data