



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Educazione Professionale

**I benefici della camminata benessere:
esperienza educativa nella Struttura
Residenziale Riabilitativa di Jesi**

Relatore: Chiar.mo
Bernardo Nardi

Tesi di Laurea di:
Alessia Della Bella

A.A. 2020/2021

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 1
CAPITOLO 1: DISTURBO BIPOLARE E DISTURBO DELLA PERSONALITÀ	pag. 2
1.1. CLASSIFICAZIONE DEI DISTURBI MENTALI	
1.2. ASSE I: DISTURBI CLINICI	
1.3. DISTURBO BIPOLARE	
1.3.1. Epidemiologia e prevalenza	
1.3.2. Quadro clinico e classificazione	
1.3.3. Episodio Maniacale	
1.3.4. Episodio Ipomaniacale	
1.3.5. Episodio Depressivo Maggiore	
1.4. ASSE II: DISTURBI DELLA PERSONALITÀ	
1.4.1. Epidemiologia e prevalenza	
1.4.2. Quadro clinico e classificazione	
1.5. COMORBILITÀ	
CAPITOLO 2: L'EDUCATORE PROFESSIONALE	pag. 15
2.1. INTRODUZIONE	
2.2. COME NASCE LA FIGURA DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE	
2.3. IL RUOLO DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE	
2.3.1. Le competenze dell'Educatore Professionale	
2.3.2. Strumenti utilizzati dall'Educatore Professionale	
2.4. IL PROGETTO EDUCATIVO	

CAPITOLO 3: ESPERIENZA EDUCATIVA DELLA CAMMINATA BENESSERE	pag. 22
3.1. <i>INTRODUZIONE</i>	
3.2. <i>LA CAMMINATA BENESSERE</i>	
3.2.1. <i>Assesment</i>	
3.2.2. <i>Progetto Educativo di Camminata Benessere</i>	
CONCLUSIONI	pag. 30
BIBLIOGRAFIA	pag. 32
SITOGRAFIA	pag. 34

INTRODUZIONE

L'idea di trattare questo argomento nasce dal fatto che, all'interno del mio percorso di tirocinio in Salute Mentale, ho potuto assodare l'alta percentuale di Utenti con problemi di peso. La maggior parte di loro soffre di obesità o sovrappeso. Non potendo cambiare lo stile di vita degli Utenti ricoverati nella Struttura Residenziale Riabilitativa (SRR), in quanto i pasti principali sono preparati da una mensa, ho deciso con un'Utente, Giorgia (nome di fantasia), di intraprendere un percorso educativo di camminata benessere.

Siccome Giorgia soffre di Disturbo Bipolare di tipo II e di Disturbo di personalità NAS, ho deciso di approfondire nello specifico questi due Disturbi Mentali all'interno del primo capitolo.

Inoltre, come è possibile notare anche dall'anamnesi di Giorgia, gli Utenti che hanno un disturbo mentale molto spesso soffrono anche di altre patologie.

Non sempre le patologie correlate sono di natura mentale, infatti ne fanno parte anche i problemi di peso riscontrati ad esempio nei pazienti ricoverati in salute mentale.

Nel secondo capitolo ho deciso di parlare del ruolo dell'Educatore Professionale, in quanto il Progetto Educativo si basa sulle conoscenze, competenze ed abilità dell'Educatore Professionale. Le conoscenze dell'Educatore non sono solo di tipo teorico, ma anche anamnestico, in quanto è necessario riconoscere le tipologie di Utenti con le quali si va a trattare. Oltre la conoscenza della storia clinica dell'Utente, l'Educatore deve anche riconoscere il bisogno educativo che richiede la persona con la quale si va a trattare per poi pianificare ed elaborare un Progetto Educativo.

Nel terzo ed ultimo capitolo parlerò del Progetto Educativo Individualizzato svolto durante il mio tirocinio con Giorgia. Vi parlerò di com'è nato il progetto, le motivazioni che mi hanno spinto a scegliere la camminata benessere, l'evoluzione del progetto durante l'attuazione, i benefici che abbiamo potuto notare, ma anche le difficoltà riscontrate durante sia le verifiche in itinere che le valutazioni finali.

Nella conclusione tratterò infine i benefici riscontrati grazie al progetto di Camminata Benessere dove incoraggio l'attività motoria al fine di ottenere un benessere psico-fisico.

CAPITOLO 1 – IL DISTURBO BIPOLARE E DISTURBO DELLA PERSONALITÀ

1.1. CLASSIFICAZIONE DEI DISTURBI MENTALI

Le malattie mentali, psichiatriche o psicopatologiche sono degli stati di alterazione patologica che colpiscono la sfera cognitiva, ovvero il pensiero, l'attenzione, la capacità di affrontare problemi; la sfera affettiva, quindi le emozioni, i sentimenti e l'ansia; e/o il comportamento di un soggetto. Piccoli turbamenti sono ritenuti normali, ma quando causano disagi al soggetto o quando interferiscono con la quotidianità, vengono considerati una malattia mentale o un disturbo psichico.

Per distinguere le diverse patologie viene solitamente utilizzato il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM). Il Manuale è stato scritto da una task force di tredici gruppi di lavoro dell'American Psychiatric Association (APA) che nel corso degli anni ha revisionato i 5 Manuali Diagnostici finora usciti. Il DSM-IV, pubblicato nel 1994 e revisionato nel 2000, utilizza una classificazione multiassiale che consente di valutare il paziente su diversi livelli, ognuno dei quali si riferisce ad un diverso campo di informazioni che può aiutare il clinico a pianificare il trattamento e prevedere l'esito.

Il DSM-IV comprende cinque assi di valutazione:

Asse I	Disturbi clinici e altre condizioni che richiedono attenzione clinica
Asse II	Disturbi di Personalità e Ritardo Mentale
Asse III	Condizioni Mediche Generali
Asse IV	Problemi Psicosociali e Ambientali
Asse V	Valutazione Globale del Funzionamento

Tabella 1: Classificazione in Assi dei Disturbi Mentali, DSM-IV, American Psychiatric Association, 2000.

Lo psichiatra formula la diagnosi del disturbo mentale e la classifica nell'Asse I o nell'Asse II, successivamente valuta problemi psicosociali o ambientali che possono influenzare la diagnosi e, se presenti, li registra nell'Asse IV, senza però modificare la diagnosi.

1.2. ASSE I: DISTURBI CLINICI

L'Asse I comprende i Disturbi Clinici; questi disturbi sono caratterizzati dalla proprietà di essere temporanei o comunque non "strutturali", cioè i Disturbi Clinici possono essere dovuti non solo a patologie del sistema nervoso, ma anche ad altre condizioni mediche.

I **Disturbi Clinici** che fanno parte dell'Asse I sono:

- **Disturbo d'Ansia** (Attacco di panico, Disturbo di Panico con/senza Agorafobia, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo Post-Traumatico da stress, Disturbo d'Ansia generalizzata);
- **Disturbi dell'Umore** (Depressione Maggiore, Distimia, Disturbo Bipolare, Disturbo Ciclotimico, Episodio Maniacale, Episodio Misto, Episodio Ipomaniacale);
- **Disturbi Somatoformi** (Ipocondria, Disturbo di Dismorfismo Corporeo);
- **Disturbi dell'Alimentazione** (Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbo da Alimentazione Incontrollata, Disturbo dall'Alimentazione Non Altrimenti Specificato);
- **Disturbi correlati a sostanze** (Abuso di Sostanze e Dipendenza da Sostanze come droghe, alcool e farmaci, fumo etc);
- **Disturbi Dissociativi** (Disturbo Amnestico, Disturbo dell'Identità Multipla, Depersonalizzazione Post-Traumatica);
- **Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere** (Disturbo del Desiderio o dell'Eccitazione, Disturbo dell'Orgasmo assente o precoce, Dispareunia, Vaginismo, Parafilie come Feticismo, Pedofilia, Masochismo, Sadismo, Voyeurismo, Esibizionismo);
- **Disturbi Psicotici** (Schizofrenia, Psicosi Paranoide, Schizoaffettività);
- **Disturbi Mentali e Cognitivi** (Morbo d'Alzheimer, Morbo di Parkinson, Delirium, Demenza Vascolare, Disturbi Amnestici);
- **Disturbi Fittizi**;
- **Disturbi del Sonno**;
- **Disturbi del Controllo degli Impulsi n.c.a.**;

- **Disturbi dell'Adattamento;**
- **Disturbi solitamente diagnosticati nell'infanzia, nella fanciullezza e nell'adolescenza** (Disturbo dell'Apprendimento, Disturbo della Comunicazione, Disturbi generalizzati dello Sviluppo, Autismo, Disturbo Dell'Attenzione e Iperattività, Disturbo dell'Alimentazione, Disturbo delle funzioni Evacuative, Tic).
- **Altre condizioni oggetto di attenzione clinica.**

Con il DSM-V, pubblicato nel 2013 negli USA e tradotto in Italia l'anno successivo, questa classificazione multiassiale verrà abolita. Gli Assi I, II e III sono stati quindi fusi ed integrati in un'unica entità. L'Asse IV viene inserito come Fattori psicosociali e contestuali, mentre l'Asse V come Disabilità. Per far fronte all'eterogeneità dei sintomi e alle possibili comorbilità (*Garzanti: sovrapposizione e influenza reciproca di patologie fisiche o psichiche in un soggetto*) delle malattie, l'APA ha inserito, oltre ai criteri diagnostici, la presenza di Specificatori per evidenziare il livello di gravità del disturbo. Al fine di aumentare la specificità diagnostica, il DSM-V ha sostituito la precedente designazione NAS (non altrimenti specificato) con due opzioni per l'indirizzo clinico: disturbo con altra specificazione e disturbo senza specificazione (quando il clinico determina che vi sono evidenze per specificare la natura della manifestazione, allora è possibile attribuire la diagnosi con altra specificazione; al contrario quando il clinico non è in grado di specificare e descrivere ulteriormente la manifestazione clinica, allora è possibile utilizzare la diagnosi senza specificazione. Possiamo quindi affermare che con il DSM-V l'operatore clinico ha maggiore flessibilità decisionale. (Maggi R.)

Ho deciso di approfondire nel paragrafo seguente il Disturbo Bipolare, un disturbo clinico dell'Umore appartenente all'Asse I. Questo perché l'Utente con la quale ho svolto il Progetto Educativo soffriva di Disturbo Bipolare di tipo II e di Disturbo di Personalità NAS. Quest'ultimo disturbo lo affronteremo nel capitolo 1.4. con i disturbi dell'Asse II, ovvero i Disturbi di Personalità.

1.3. IL DISTURBO BIPOLARE

1.3.1. Epidemiologia e prevalenza

Il *Disturbo Bipolare* (DB), termine usato oggi per indicare quella che in principio era definita *Follia Maniaco-Depressiva* e successivamente *Disturbo Affettivo Bipolare*, è una patologia psichiatrica molto complessa, nonché uno dei disturbi psichiatrici più invalidanti se non adeguatamente curato.

La caratteristica peculiare dei disturbi bipolari è l'alternanza di stati d'umore opposti nel corso del tempo: infatti si alternano stati di depressione e mania nel corso della vita dell'individuo, nonostante solitamente ogni paziente ha una predominanza dell'uno o dell'altro.

Il DB è stato descritto fin dall'antichità. Infatti, i termini "mania" e "malinconia" risalgono a diversi secoli prima di Cristo. Nel I secolo d.C. Areteo di Cappadocia, medico dell'antica Grecia, scrisse "Penso che la malinconia sia l'inizio e come tale parte della mania [...] Lo sviluppo della mania è il risultato del peggioramento della malinconia, piuttosto che il passaggio a una diversa malattia". Ippocrate (460-337 a.C.) descrisse il dualismo fra mania e depressione, ma era convinto che le variazioni d'umore derivavano dallo squilibrio dei fluidi corporei.

Solo nel XIX secolo Jean-Pierre Falret (1851) e Jules Baillarger (1854) descrissero una "folie à double forme", un disturbo affine a quello che intendiamo noi, in quanto aveva come caratteristica principale l'alternarsi di episodi di mania e depressione nello stesso paziente.

Facendo riferimento alla depressione (che, oltre a rappresentare una delle due fasi del Disturbo Bipolare, può essere presente esclusivamente da sola nei Disturbi Monopolari), secondo il rapporto globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2016) il numero di persone affette da essa è aumentato del 18% tra il 2005 e il 2015. Tra queste persone il DB è una condizione molto frequente.

La prevalenza del Disturbo Bipolare è di circa il 2% e se consideriamo i sottotipi si arriva anche al 6% della popolazione. Se si pensa che su 100 persone incontrate almeno 2 soffrono di una forma di Disturbo Bipolare, i dati ci mostrano che moltissime persone convivono con questo disturbo.

1.3.2. Quadro clinico e classificazione

Il principale criterio di classificazione utilizzato per i disturbi psichiatrici è costituito dal Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), pubblicato dall'American Psychiatric Association (APA).

Il DSM-5 distingue quattro tipologie di DB:

- Disturbo bipolare di tipo I;
- Disturbo bipolare di tipo II;
- Disturbo Ciclotimico;
- Disturbo bipolare indotto da sostanze/farmaci/altre patologie.

Il Disturbo bipolare di tipo I per essere diagnosticato necessita dell'insorgenza di anche solo un episodio maniacale, in quanto l'innalzamento dell'umore è grave e persistente (mania); inoltre può essere seguito e/o preceduto da episodi ipomaniacali o depressivi maggiori.

Per quanto riguarda la diagnostica del DB di tipo II c'è bisogno di un Episodio Maniacale e di un Episodio di Depressione Maggiore, in quanto l'innalzamento dell'umore è più lieve (Ipomania).

Il disturbo Ciclotimico (Ciclotimia) è caratterizzato da episodi depressivi e da sintomi ipomaniacali per almeno due anni, che però non sono mai arrivati ad essere a tutti gli effetti episodio di mania o ipomania o depressione maggiore.

I sintomi del DB possono apparire durante un episodio depressivo o viceversa, causando confusione sia per il riconoscimento che per il trattamento.

Un Episodio Misto è caratterizzato da un periodo di tempo di una settimana nel quale vengono soddisfatti i criteri sia di Episodio Depressivo Maggiore che di Episodio Maniacale, quasi ogni giorno con rapida alternanza d'umore.

1.3.3. Episodio Maniacale

Un Episodio Maniacale è caratterizzato da un periodo di almeno una settimana durante il quale l'umore risulta elevato, espansivo, irritabile, con aumentata attività per la maggior parte della giornata. Durante questo periodo sono presenti tre o più (quattro se l'umore è irritabile) dei seguenti sintomi:

1. Autostima ipertrofica o grandiosità;
2. Diminuito bisogno di sonno (per es. sentirsi riposati dopo 3 ore di sonno);
3. Maggiore loquacità del solito o spinta continua a parlare;
4. Fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente;
5. Distraibilità (attenzione deviata da stimoli non pertinenti);
6. Aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) o agitazione psicomotoria (cioè attività immotivata non finalizzata);
7. Eccessivo coinvolgimento in attività potenzialmente dannose (per es. acquisti incontrollati, comportamenti sessuali pericolosi o investimenti finanziari avventati).

L'alterazione dell'umore è sufficientemente grave da causare una compromissione del funzionamento sociale o lavorativo o tale da richiedere l'ospedalizzazione per prevenire danni a sé o agli altri (in questo caso non necessita più del criterio dei sette giorni), oppure presenta alterazioni psicotiche.

L'Episodio Maniacale per essere definito tale non deve essere attribuibile a effetti fisiologici di sostanze (per es. abuso di sostanze o da un farmaco) o ad un'altra condizione medica.

1.3.4. Episodio Ipomaniacale

Un Episodio Ipomaniacale è caratterizzato da un periodo di almeno quattro giorni consecutivi durante il quale l'umore risulta elevato, espansivo, irritabile, con aumentata attività per la maggior parte della giornata. Durante questo periodo sono presenti tre o più (quattro se l'umore è irritabile) degli stessi sintomi dell'episodio maniacale.

L'alterazione dell'umore e il cambiamento nel funzionamento sono osservabili nonostante l'episodio non è sufficientemente grave da causare problemi sociali lavorativi o richiedere l'ospedalizzazione, quindi non c'è una compromissione funzionale significativa.

L'Episodio Ipomaniacale per essere definito tale non deve essere attribuibile a effetti fisiologici di sostanze (per es. abuso di sostanze o da un farmaco) o ad un'altra condizione medica.

L'Episodio Ipomaniacale potrebbe essere definito come una fase di mania più leggera: con gli stessi sintomi, ma meno intensa. Spesso può venire sottovalutato in quanto viene interpretata come fase di maggiore produttività lavorativa, creativa o sociale.

1.3.5. Episodio Depressivo Maggiore

La depressione è solitamente provocata da una perdita significativa come la morte di una persona cara, la perdita del lavoro, problemi in amore, ma anche una vita stressante dovuta da problemi a lavoro o in famiglia. La depressione influenza il modo di pensare e l'agire dell'individuo, influenzando non solo la mente, ma tutto l'organismo dell'individuo. La tristezza, che la caratterizza, è vissuta in maniera negativa e spiacevole; senza utilizzarla per maturare e prepararsi ad affrontare al meglio la vita. Si è deciso di utilizzare come metro di valutazione la durata e non l'intensità dell'umore depressivo in quanto quest'ultimo è un criterio poco preciso in base al momento della giornata e soggettivo in base alla misura di valutazione. Un episodio depressivo maggiore presenta cinque o più dei seguenti sintomi in contemporanea in un periodo di 14 giorni e rappresenta un cambiamento di funzionamento; almeno uno dei sintomi deve essere umore depresso o perdita d'interesse/piacere.

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, riportato dallo stesso, ma anche dagli altri;
2. Diminuito interesse o piacere per tutte o quasi tutte le attività, circa ogni giorno;

3. Aumento o perdita di peso significativi, non dovuti a dieta oppure calo o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni;
4. Insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni;
5. Agitazione o rallentamento psicomotorio quasi ogni giorno (sia osservabile che sentimenti di agitazione o rallentamento);
6. Faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni;
7. Sentimenti di autosvalutazione o di eccessiva/inappropriata colpa (anche deliranti) quasi tutti i giorni;
8. Indecisione, incapacità di pensare o concentrarsi quasi ogni giorno;
9. Pensieri ricorrenti di morte, idee di suicidio con o senza un piano specifico per commetterlo o tentativo di suicidio.

I sintomi causano disagio clinico o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o altre aree importanti.

L'episodio depressivo non è attribuibile agli effetti fisiologici di sostanze o altre condizioni mediche.

1.4. ASSE II: DISTURBI DELLA PERSONALITÀ

1.4.1. Epidemiologia e prevalenza

Già da secoli prima della nascita di Cristo, Ippocrate, secondo il quale le malattie originavano in base alla prevalenza di uno dei quattro fluidi corporei (sangue, flemma, bile gialla e bile nera), poneva le basi per i successivi modelli teorici di personalità. Sia Galeno (130-200 d.C.) che Lombroso (1835-1909) continuarono ad utilizzare la teoria della connessione tra corpo e mente. Anche se Freud prediligeva il termine "carattere", a mano a mano verrà sostituito da "personalità", in quanto questa parola sembra integrare l'individuo nel contesto psicologico, biologico e socio-ambientale. Dobbiamo però aspettare il 1928, con lo psichiatra e psicoanalista Otto Kernberg, per poter ottenere una classificazione completa delle varie patologie della struttura della personalità.

1.4.2. Quadro clinico e classificazione

I *Disturbi di Personalità* vengono categorizzati dal DSM-IV nell'Asse II assieme al Ritardo Mentale. Ognuno di noi ha delle caratteristiche particolari nelle modalità di relazionarsi con le altre persone e con gli eventi, chiamati tratti di personalità. Le persone che sono in grado di adattarsi alle diverse situazioni, modificando il loro comportamento che risulta uno stile inefficace, possiedono flessibilità psicologica.

I disturbi di personalità iniziano a comparire quando i tratti di personalità risultano così rigidi e disadattivi da compromettere il funzionamento lavorativo e/o sociale; i tratti differiscono da ciò che ci si aspetta, si discostano dalle norme e dalle aspettative sociali del proprio ambiente di riferimento. La relazione con sé stesso e con gli altri risulta difficoltosa e conflittuale nelle persone con disturbo di personalità, causando disagio e sofferenza, infatti i Disturbi di Personalità influenzano almeno due di queste aree: il modo di pensare a sé stessi e agli altri; il modo di rispondere alle emozioni; il modo di relazionarsi con altre persone; il modo di comportarsi.

Esistono diversi disturbi della personalità, ma tutti sono accomunati da una singola definizione del DSM-V: un disturbo di personalità è un pattern costante di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo e determina disagio o menomazione.

I disturbi di personalità vengono raccolti in gruppi in base alle loro analogie:

CLUSTER A - Gli individui con i disturbi di questa categoria appaiono spesso strani o eccentrici e comprendono:

- Disturbo Paranoide di Personalità, pattern caratterizzato da diffidenza e sospettosità, spesso interpreta le motivazioni degli altri come malevole;
- Disturbo Schizoide di personalità, pattern caratterizzato da distacco dalle relazioni sociali e da una ristretta gamma di espressività emotiva;
- Disturbo Schizotipico di Personalità, pattern caratterizzato da disagio acuto nelle relazioni affettive, sociali ed interpersonali, distorsioni cognitive e percettive ed eccentricità nel comportamento.

CLUSTER B - Gli individui con questi disturbi appaiono spesso impulsivi, inaffidabili, emotivi o imprevedibili. Ne fanno parte:

- Disturbo Antisociale di Personalità, ha come caratteristica un quadro di inosservanza e violazione dei diritti degli altri;
- Disturbo Borderline di Personalità, caratterizzato da un pattern di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'umore, dell'immagine di sé e degli affetti, inoltre risulta una marcata impulsività;
- Disturbo Istrionico di Personalità, ha un pattern che denota emotività eccessiva e ricerca di attenzione;
- Disturbo Narcisistico di Personalità, caratterizzato da grandiosità (nella fantasia o nel comportamento), bisogno d'ammirazione e mancanza di empatia.

CLUSTER C - Gli individui con questi disturbi spesso appaiono ansiosi o timorosi, racchiudono:

- Disturbo Evitante di Personalità, caratterizzato da un pattern di inibizione sociale, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità ai giudizi negativi;
- Disturbo Dipendente di Personalità, denota una necessità eccessiva di essere accuditi, che determina un comportamento sottomesso e dipendente per timore della separazione;
- Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità, caratterizzato da preoccupazione per l'ordine, perfezionismo ed esigenze di controllo mentale e interpersonale, a spese di flessibilità, apertura ed efficienza.

ALTRI DISTURBI DI PERSONALITÀ NON ALTRIMENTI SPECIFICATI (NAS) - Ne fanno parte:

- Modificazione della personalità dovuta da un'altra condizione medica, è un disturbo persistente, che rappresenta una modificazione del pattern precedente di personalità caratteristico dell'individuo, dovuto agli effetti fisiologici di una condizione medica;

- Disturbo di Personalità con altra specificazione e disturbo di personalità senza specificazione, viene utilizzata nel caso in cui:
 - il pattern dell'individuo soddisfa i criteri generali di un disturbo di personalità e tratti di diversi disturbi di personalità, senza però soddisfare i criteri specifici per uno di essi;
 - il pattern dell'individuo soddisfa i criteri generali di un disturbo di personalità, però l'individuo viene considerato affetto da un disturbo di personalità non presente nella classificazione del DSM-V (per es. disturbo passivo-aggressivo di personalità).

Il Disturbo di Personalità non altrimenti specificato (NAS), classifica quei pattern dell'individuo che non soddisfano i criteri dei precedenti disturbi di personalità, ma che nel complesso causano un disagio clinicamente significativo o la compromissione di una o più aree del funzionamento dell'individuo.

Un Disturbo di Personalità ha come caratteristiche i criteri qui elencati:

- Un pattern abituale di esperienza interiore e di marcato comportamento deviante rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo. Questo pattern si può manifestare in due, o più, delle seguenti aree:
 - Cognitiva, ovvero la percezione e interpretazione di sé, degli altri e degli avvenimenti;
 - Affettiva, ovvero varietà, intensità, labilità e adeguatezza della risposta emotiva;
 - Funzionamento interpersonale;
 - Controllo degli impulsi.
- Il pattern abituale risulta inflessibile e pervasivo in diverse situazioni personali e sociali, determinando disagio clinico o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree.
- Il pattern abituale non risulta giustificato come manifestazione o conseguenza di un altro disturbo mentale, né attribuibile agli eventi fisiologici di una sostanza o un'altra condizione medica.

1.5. LA COMORBILITÀ

La comorbidità (o comorbidity) è un termine che nasce nell'ambito della medicina interna e ad oggi viene utilizzato in psichiatria per indicare la presenza, nello stesso soggetto, di più disturbi, individuati in maniera quantitativa per studi epidemiologici, quindi indipendentemente dalla loro relazione temporale.

La Comorbidità è stata inserita all'interno di ogni patologia descritta dal DSM-V per far fronte alla condizione di eterogeneità dei sintomi. Dal 2013, con la pubblicazione del DSM-V è possibile effettuare una diagnosi in Comorbidità con un'altra patologia.

Nella salute mentale quasi sempre un paziente soffre di più di una patologia, basta analizzare i dati presenti nella tabella di seguito.

DISTURBI D'ANSIA	Disturbi Bipolari	Disturbo Bipolare I	Disturbo Bipolare II	Disturbi Bipolari Sottosoglia
Agorafobia	5,7%	5,6%	8,1%	4,6%
Disturbi di Panico	20,1%	29,1%	27,2%	13,1%
Attacchi di Panico	69,1%	63,9%	72,9%	56,0%
Disturbo Post-Traumatico da Stress	24,1%	30,9%	34,3%	16,5%
Disturbo d'Ansia generalizzato	29,6%	38,7%	37,0%	22,3%
Fobia Semplice	35,5%	47,1%	51,1%	23,3%
Fobia Sociale	37,8%	51,6%	54,6%	24,1%
Disturbo Ossessivo-Compulsivo	13,6%	25,2%	20,8%	4,3%
Disturbo d'Ansia di separazione	35,4%	41,2%	42,8%	29,4%
Almeno un disturbo d'Ansia	74,9%	86,7%	89,2%	63,1%

Tabella 2: Tassi di comorbidità lifetime dei disturbi d'ansia in pazienti con diagnosi principale di disturbo bipolare (NESARC, n = 9282)

La comorbidità dei Disturbi Bipolari (DB) con Disturbi d'Ansia (DA) in generale è rispettivamente dell'86,7% nel DB di tipo I e dell'89,2% dei DB di tipo II, inoltre la metà dei soggetti affetti da DB soffrono di fobia semplice o sociale. Una percentuale molto alta si riscontra anche nei casi di attacchi di panico da parte degli Utenti affetti da DB.

Almeno il 50% delle persone affette da DB soddisfa i criteri per altri disturbi mentali o organici, aggravando la diagnosi e i trattamenti da effettuare. (Robert MA, Hirschfeld MD, Lana A, et al. "Bipolar Disorder. Costs and Comorbidity", 2005)

Strakowski et al., in uno studio effettuato su pazienti ricoverati affetti da DB, hanno evidenziato comorbidità con patologie psichiatriche nel 40% dei casi e comorbidità generale di patologie mediche nel 20% dei casi, con una maggiore frequenza nelle donne.

In uno studio condotto su 90 soggetti bipolari e 58 soggetti di controllo è risultata un'incidenza del 47,7% con almeno un Disturbo di Personalità nei soggetti affetti da DB, mentre nei soggetti di controllo solo nel 15,5% dei casi. (Alp Üçok et al.)

In un altro studio del 2003, la co-diagnosi del Disturbo di Personalità nei soggetti con Disturbo Bipolare si è verificata nel 28,8% dei pazienti, con prevalenza nei Disturbi di Personalità del Cluster B e C. (E. L. George et al., 2003)

Fra le patologie che più spesso si sovrappongono al Disturbo Bipolare troviamo il Disturbo Borderline di Personalità. Nonostante gli studi effettuati, ad oggi non è ancora chiara la correlazione tra questi due disturbi, se non la similitudine nell'insorgenza dei sintomi. (Bayes, Parker, Fletcher, 2014. Bolton & Gunderson, 1996) Nel caso del DB di tipo II viene spesso confuso con il Disturbo Borderline di Personalità in quanto sono frequenti reazioni impulsive, umore instabile, rabbia, elevato rischio suicidario e relazioni affettive instabili (Gunderson et al., 2006).

Fagiolini A. e Calossi S. nel loro articolo "Bipolar disorder and comorbidity" affermano che la comorbidità dei Disturbi Bipolari con i Disturbi di Personalità può interferire sulla prognosi e sul decorso del DB, modificandone le caratteristiche cliniche, aumentando il rischio suicidario e rendendo più complesso l'approccio terapeutico. Gli studi clinici volti ad analizzare i rapporti tra diversi disturbi dell'umore e quelli di Asse II non hanno però fornito, ad oggi, risultati concordanti e le percentuali di comorbidità variano ampiamente a seconda del campione in esame, della metodologia di indagine e dell'accuratezza diagnostica.

CAPITOLO 2: L'EDUCATORE PROFESSIONALE

2.1. INTRODUZIONE

Per poter comprendere appieno la funzione del Progetto Educativo è necessario conoscere il lavoro svolto dall'Educatore Professionale (EP).

L'EP è un operatore sociale e sanitario che attua specifici progetti educativi e riabilitativi nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare. (Ministero della Sanità, decreto 8 Ottobre 1998, n°520)

L'Educatore Professionale in ambito sanitario opera nell'area della riabilitazione, attuando «un insieme di interventi concepiti per ottimizzare il funzionamento e ridurre la disabilità». (O.M.S., Rehabilitation 2030: a call for action)

L'EP si adopera ad aiutare l'utente attraverso la relazione educativa, uno strumento che aiuta l'utente a riflettere sul sé e sul suo vissuto, così che l'EP possa valorizzare le potenzialità tenendo conto dei limiti dell'utente. Per poter fare questo l'EP ha però la necessità di conoscere la storia personale dell'utente e con esso anche le patologie delle quali soffre.

2.2. COME NASCE LA FIGURA DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE

Il ruolo dell'Educatore nasce negli anni '50 come figura non riconosciuta professionalmente, ma largamente utilizzata nelle strutture residenziali come:

- Istituti;
- Case di Rieducazione;
- Opere pie gestite da ordini religiosi;
- Opere pie volte all'assistenza e recupero di poveri ed emarginati.

Dagli anni '50 ad oggi il sistema dei servizi socio-sanitari ha vissuto una evoluzione, avvicinandosi alle esigenze delle persone, sia per quanto riguarda la cura che per l'assistenza dei pazienti. In questi anni l'Educatore ha svolto il proprio ruolo nei servizi sociali, socio-sanitari e in quelli offerti dal Ministero della Giustizia, in quanto sono agli ambiti che ne richiedevano maggiormente la professionalità educativa.

Solo nel biennio 1983-1984, (DPR 347 del 25 Giugno 1983 e D.M. 10.02.1984) verrà riconosciuto il ruolo dell'Educatore, definendone le funzioni e la formazione.

Per quanto riguarda l'ambito sanitario bisognerà però aspettare il 1998 con il D.M. 520 del 8 Ottobre 1998 che individualizza il ruolo dell'Educatore Professionale come un operatore sociale e sanitario che è in possesso del titolo abilitante.

2.3. IL RUOLO DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE

L'Educatore Professionale è un professionista che, attraverso interventi educativi e riabilitativi definiti da un progetto terapeutico individualizzato, elaborato da un'èquipe multidisciplinare, accompagna la persona con disagio nel suo processo di crescita.

Il ruolo dell'EP mira allo sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativi/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana, curando l'inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà.

L'EP interagisce con gli Utenti e con il contesto nei quali vivono; in base al feedback che riceve cerca di programmare gli interventi educativi, cercando di approfondire la conoscenza con l'Utente, fino al percorso progettuale.

Educare deriva dal latino *Educere*, ovvero tirar fuori. Educare significa innanzitutto agire in maniera adeguata alla situazione personale, alla comunità e alla socialità, nella gestione di relazioni interpersonali. Attraverso l'educazione si promuove la crescita e il recupero/sviluppo dell'identità personale, partendo dall'individuazione delle potenzialità del soggetto. L'EP può lavorare in diversi contesti, ma la finalità sarà sempre quella di promuovere il benessere della persona o dei gruppi di persone attraverso l'apprendimento di nuove abilità o nuove competenze. La funzione educativa svolge il lavoro di guida, accompagnamento, supporto, sviluppando finalità sociali, socio-sanitarie, riabilitative della funzione.

Il ruolo dell'Educatore Professionale è infatti quello di accogliere le esigenze educative, emotive e relazionali dell'Utente, mettendo da parte la propria visione soggettiva per far spazio alla realtà di chi ha di fronte, offrendo una risposta d'aiuto nei confronti dell'Utente.

2.3.1. Le competenze dell'Educatore Professionale

L'EP svolge diversi compiti nell'interazione del rapporto tra soggetti, per questo è molto importante, oltre l'arricchimento delle proprie conoscenze, sviluppare delle competenze educative volte ad accompagnare il percorso riabilitativo.

Le Skills utili all'EP sono il saper:

- Rilevare ed analizzare i bisogni educativi;
- Individuare le potenzialità e i punti deboli dell'Utente;
- Individuare e decodificare i processi relazionali e sociali;
- Leggere ed intervenire nelle dinamiche di situazioni problematiche;
- Fornire all'Utente informazioni e stimoli;
- Attuare strategie di reinserimento sociale e lavorativo;
- Instaurare rapporti significativi con l'Utente, anche attraverso la relazione educativa o il colloquio;
- Osservare, registrare ed ascoltare in maniera partecipata;
- Essere consapevole delle sue responsabilità;
- Riconoscere le difficoltà relazionali dell'Utente;
- Riconoscere e mantenere la giusta distanza tra sé e l'Utente, necessaria per l'intervento educativo;
- Stimolare e coinvolgere il dialogo tra Utenti, favorendo la partecipazione e la socializzazione;
- Favorire la crescita e la maturazione del soggetto;
- Programmare attività individuali e gruppali;
- Conoscere e saper utilizzare metodi e strumenti didattici;
- Essere in grado di incrementare l'autostima dell'Utente, sfavorendo comportamenti distruttivi causati dalla frustrazione;
- Garantire un condizioni di benessere psicofisico al fine di prevenire crisi;
- Individuare comportamenti a rischio e promuovere la salute dell'Utente;
- Rispettare il segreto professionale;
- Predisporre progetti per lo sviluppo di abilità di vita come la cura e lo sviluppo del sé o lo sviluppo delle abilità sociali.

2.3.2. Strumenti utilizzati dall'Educatore Professionale

L'Educatore Professionale, per riconoscere le problematiche e analizzarle, cercando i punti di forza dell'Utente, per individuare le dinamiche relazionali e valutare gli approcci possibili per un Progetto Educativo, necessita degli Strumenti Educativi.

Questi Strumenti non sono tanti, ma risultano articolati e con diverse sfaccettature.

Sicuramente alla base delle Metodologie Educative c'è la Relazione Educativa, ma essa non potrebbe esistere senza l'Osservazione Educativa e la Comunicazione.

L'**Osservazione Educativa** avvolge e dà costantemente significato al lavoro dell'EP, accompagnandolo nel progetto d'intervento. Nell'Osservazione Educativa l'EP si pone delle domande (il mezzo) per ottenere nuove conoscenze (il fine) utili nella formulazione del Progetto Educativo. Le domande che l'EP va a porsi per rendere l'Osservazione attiva e partecipata possono essere le seguenti:

- "Chi?": il Soggetto, ovvero noi stessi, che ci avviciniamo "all'Oggetto", tenendo conto della nostra soggettività che potrebbe compromettere l'osservazione;
- "Che cosa?": l'Oggetto, ovvero porre l'attenzione su chi vogliamo osservare: l'individuo, il gruppo o il contesto. L'oggetto è dinamico, per questo è necessario mettere a fuoco il proprio obiettivo;
- "Perché?": l'Obiettivo non sempre è lo stesso e per questo va modificata l'osservazione in base a ciò che si desidera ottenere: per esempio l'osservazione di una crisi sarà sicuramente diversa dall'osservazione ad ampio raggio nella fase iniziale del progetto;
- "Quando?": il Tempo va distinto sia in senso sincronico che diacronico, ovvero andando a delimitare l'osservazione ad un periodo della giornata ad esempio relative ad una determinata azione/attività e per quanto tempo va effettuata l'osservazione, ad esempio per due settimane, un mese.
- "Dove?": lo Spazio in cui avviene l'osservazione.

L'Osservazione influisce sulla Comunicazione in quanto l'Utente si sentirà osservato e perderà la sua spontaneità alterando, involontariamente, i suoi comportamenti.

La **Comunicazione** è un'azione che di solito avviene attraverso il linguaggio parlato o scritto, verbale o non verbale e serve per trasmettere una conoscenza, un sentimento, un pensiero. La comunicazione può avvenire tra due o più soggetti. Questo scambio interattivo è un processo che si svolge nel tempo e nel tempo produce degli effetti. La Comunicazione tra due soggetti è altamente influenzata dalle loro percezioni e dalla rappresentazione della realtà che si sono costruite durante l'esperienza di vita. (Maida et al.)

La Comunicazione può essere:

- Intenzionale: ha uno scopo;
- Consua: basata sulla volontà;
- Efficace: in grado di raggiungere gli obiettivi che si prefigge;
- Reciproca: fondata sull'interazione tra più individui.

Nella comunicazione con l'Utente, l'EP utilizza le stesse abilità che adopera nelle relazioni sociali e rapporti interpersonali, ma con un diverso obiettivo e tenendo maggiormente conto dei dettagli.

La Comunicazione viene descritta anche attraverso i cinque assiomi della comunicazione:

- 1° ASSIOMA: Non si può non comunicare;
- 2° ASSIOMA: Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione;
- 3° ASSIOMA: La natura di una relazione dipende dalla punteggiatura di scambi fra partecipanti;
- 4° ASSIOMA: Gli esseri umani comunicano sia in modo digitale (logico) che analogico (non verbale, inconsapevole);
- 5° ASSIOMA: Tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari, a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza.

La **Relazione Educativa** è una convergenza dei processi di crescita e di comunicazione, individuali, interpersonali e di gruppo. Essa si distingue dalle altre relazioni perché si basa sulla Intenzionalità Educativa, ovvero sulla messa in atto di procedure e percorsi mirati al conseguimento di obiettivi educativi. (Verdecchia R.)

La Relazione Educativa si basa sulla Fiducia (congruenza tra sentimenti provati e dimostrati), sull'Empatia (focalizzazione sul mondo interiore dell'interlocutore, sensibilità nell'immedesimarsi rimanendo però in equilibrio, distaccato), sulla Relazione Empatica (promuove il benessere e l'indipendenza, è incondizionata e priva di valutazioni), sull'Osservazione partecipata e l'ascolto attivo e sulla Comunicazione. All'interno della Relazione troviamo anche: la riflessione educativa e l'autoriflessione (gestione del vissuto e del controtransfert), la capacità di creare un Setting adeguato, l'intuito, e altri strumenti.

Infine, l'ultimo Strumento Educativo elencato, ma non per questo meno importante, è il **Progetto Educativo**.

2.4. IL PROGETTO EDUCATIVO

L'Educatore Professionale ha il compito di fornire all'Utente tutti gli strumenti necessari per autorealizzarsi e costruire un progetto personale di vita. L'EP utilizza il Progetto Educativo come mezzo, tenendo conto delle proprie competenze e delle capacità altrui, per prefissare obiettivi adeguati. Il Progetto Educativo può essere Individualizzato, ovvero creato appositamente con e per l'Utente, oppure Gruppale, creato appositamente per un gruppo di Utenti, ma senza la specificità che si trova nell'altro. Il Progetto Educativo risponde alla domanda di "care" dell'Utente e viene strutturata per punti. Inizialmente si effettua una valutazione iniziale dell'Utente nella sua globalità, successivamente si definiscono gli Obiettivi e le Strategie per il progetto. Dopo di che c'è l'attuazione del Progetto con una Verifica periodica dei risultati e, se necessario, la ridefinizione di Obiettivi e Strategie. Infine, c'è la Conclusione del Progetto con relativa Valutazione.

Il Progetto Educativo inizia con l'Assesment, ovvero una valutazione dell'Utente: viene inserita la storia clinica, l'ambiente di vita e le aree delle abilità, al fine di trasmettere la finalità del progetto e dividerlo in équipe e con eventuali partner esterni.

Il Progetto Educativo vero e proprio inizia poi seguendo questa scaletta:

- Finalità: scopi a lungo periodo che si vogliono raggiungere;
- Obiettivi: devono essere comprensibili, realizzabili nel tempo programmato e verificabili;
- Attività: strategie quotidiane messe in atto per raggiungere gli obiettivi;
- Tempi: programmare la durata dell'attività (es. tutti i lunedì dalle 16 alle 18);
- Spazi: luoghi dove verrà svolta l'attività;
- Costi: prevedere i costi da sostenere per la realizzazione del progetto;
- Risorse/Materiali/Strumenti: risorse utilizzate per l'attuazione del progetto;
- Durata: durata complessiva del progetto;
- Figure professionali interne/esterne coinvolte nel progetto;
- Partners extra-strutturali;
- Valutazione in itinere: permette di valutare l'appropriatezza degli obiettivi rispetto ai risultati ottenuti e consente di modificare il progetto in base alle necessità dell'Utente;
- Verifica con indicatori di verifica: sono verifiche periodiche attraverso parametri che consentono di monitorare l'efficacia a lungo termine dell'intervento;
- Conclusione: Valutazione finale.

CAPITOLO 3: ESPERIENZA EDUCATIVA DELLA CAMMINATA BENESSERE

3.1. INTRODUZIONE

Durante il mio secondo anno di studi ho avuto la possibilità di svolgere il tirocinio nella Struttura Residenziale Riabilitativa (SRR) di Jesi, nel Centro Diurno (CD) di Jesi e per tre ore a settimana nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) dell'ospedale di Jesi. Ho potuto notare sin da subito come la maggior parte degli utenti ricoverati nella SRR soffrissero di sovrappeso oppure obesità, questo mi ha portata a riflettere sull'incidenza di un eccesso di peso nei soggetti affetti da malattie mentali.

Documentandomi, ho trovato diverse ipotesi di una stretta correlazione tra i disturbi mentali ed obesità. Evan Atlantis, un medico e docente universitario di Sidney, nel 2009, ha pubblicato un articolo riguardo questa correlazione sul giornale scientifico Medical Journal (Atlantis E., Obesity and depression or anxiety, BMJ, Oct. 2009). Uno studio americano (McElroy SL, Frye MA, Suppes T, et al. "Correlates of overweight and obesity in 644 patients with bipolar disorder", 2005) ha dimostrato l'incidenza di sovrappeso (58%), obesità (21%) e obesità grave (5%) nei pazienti con DB. Nonostante questo sia uno studio condotto in America, dove il peso medio è superiore a quello Italiano, i dati forniti fanno pensare ad una correlazione tra disturbi mentali e obesità. È stato dimostrato che rispetto alla popolazione generale, le persone che soffrono di gravi disturbi mentali, hanno una prevalenza più elevata di sovrappeso e obesità, con maggiore rischio di sviluppare patologie croniche quali diabete tipo 2, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie e sindrome metabolica. (DeHert et al, 2009; Scott & Happell 2011; Vacampfort et al, 2012; Vacampfort et al, 2017)

L'obesità trova una sua oggettivazione scientifica tramite il Body Mass Index (Indice di Massa Corporea), parametro che risulta dal rapporto tra peso in kg dell'individuo e il quadrato della sua altezza espressa in metri. (World Health Organization)

I valori risultanti permettono di identificare in classi di BMI i soggetti.

BMI	CONDIZIONE
<16,0	Grave magrezza
19,00-18,49	Sottopeso
18,5-24,99	Normopeso
25-29,99	Sovrappeso
30-34,99	Obesità di classe I (lieve)
35-39,99	Obesità di classe II (moderata)
≥40	Obesità di classe III (grave)

Tabella 3: Classi di BMI in soggetti adulti (Obesity and overweight, WHO, 2018)

Per far fronte a questo problema avevo pensato di effettuare un Progetto Educativo Individualizzato con una Utente, Giorgia, per far sì che si cucinasse pasti più salutari e per incentivare anche la sua passione nella cucina. Questo progetto non è stato però possibile in quanto, essendo la S.R.R. una struttura in parte pubblica, i pasti principali (pranzo e cena) venivano serviti da una mensa, quindi le possibilità di intervento riguardavano solamente la colazione e la merenda. Questa problematica mi ha portata ad effettuare un “cambio di rotta” sul Progetto Educativo, rimanendo però con l’intenzione di effettuare un progetto individuale, quindi non gruppale, con quell’Utente.

Siccome è un dato ormai certo che l’attività motoria produca effetti benèfici sia sulla sfera mentale che fisica dell’individuo, ho pensato di aumentare le ore di attività fisica che svolgeva Giorgia nella propria routine settimanale.

Giorgia, a seguito di episodi di confusione e allucinazioni era trattata con farmaci antipsicotici, questi limitano le capacità di esercizio delle persone con disturbi mentali, rendendoli sedentari e aggravandone la qualità della vita. (Beddington et al., 2009, Vancampfort, 2011)

Oltretutto, come hanno dimostrato Schuch et al. e Teichenne et al. nel 2015, la sedentarietà comporta un incremento dell’incidenza di disturbi psichiatrici come la depressione e l’ansia.

Come abbiamo visto sopra, Giorgia soffre di Disturbo Bipolare di tipo II, quindi anche di Episodi di Depressione Maggiore. A questo proposito, per evitare un numero più elevato di Episodi Depressivi, bisognerebbe rendere l'Utente il meno sedentario possibile.

Gli Utenti della SRR devono scegliere delle attività proposte dall'èquipe e portarle avanti con costanza. Nel caso di Giorgia, lei seguiva come attività sportiva sia la ginnastica dolce del martedì pomeriggio che la pallavolo il giovedì. Per quanto riguarda la ginnastica dolce non ho partecipato all'attività in quanto avevo dei giorni fissi per poter seguire al meglio i progressi delle Attività Educative proposte e il martedì seguivo l'Attività della mattina. Nella pallavolo ho notato uno scarso interesse e atteggiamenti di svalutazione come "Non sono abbastanza brava per giocare" che portavano a situazioni nelle quali si distaccava dal gruppo.

Uno studio condotto da Giuliani A. et al. in venti persone affette da disturbi mentali ha dimostrato che dopo dodici settimane di esercizio fisico, il gruppo ha ridotto i livelli di ansia abituale, quindi l'attività motoria è sempre consigliabile nella riabilitazione di pazienti psichiatrici, in quanto aumenta non solo il benessere fisico, ma migliora anche i livelli dell'ansia.

L'American College of Sport ha individuato, come livello minimo efficace, la presenza di tre sessioni settimanali di almeno 20 minuti l'una e che possono durare fino ad un ora. Dato che Giorgia seguiva già due corsi a settimana, ho pensato di introdurre nel suo programma settimanale una terza attività motoria, non di gruppo, che si adattava maggiormente alla situazione anamnestica dell'Utente.

L'Attività che ho proposto all'èquipe è stata la Camminata Benessere, ovvero una camminata di intensità da lieve a moderata per la città di Jesi, specialmente nelle aree verdi, esercitando attività motoria a costo zero, per il miglioramento della propria salute.

L'èquipe ha risposto in maniera positiva alla mia proposta, proponendomi di rendere l'attività individuale una attività grupale per il lunedì pomeriggio, in quanto alla fine del mese sarebbe terminata l'attività del gruppo sogni.

A tal proposito ho deciso di iniziare un Progetto Educativo Individualizzato per tre settimane con Giorgia, al fine di migliorare il rapporto di fiducia, la comunicazione e per eliminare situazioni difficili dove si sentiva giudicata.

Successivamente, in concomitanza con la fine dell'attività del gruppo sogni, ho deciso di rendere il Progetto Educativo un'attività di gruppo, al quale si è unita un'altra Utente, nonché compagna di stanza di Giorgia. Questa attività di Camminata Benessere è durata per altre cinque settimane, sino alla fine del mio tirocinio.

Per evitare situazioni di ritiro sociale, come già avvenuto in passato a causa della vulnerabilità di Giorgia agli insuccessi, ho deciso di impostare degli obiettivi equilibrati al contesto, modificandoli in base alle valutazioni in itinere: ad esempio la scelta di introdurre nel Progetto la sua compagna di stanza, quindi una figura "familiare" ha evitato il crearsi di situazioni di isolamento.

L'attività, nonostante le difficoltà riscontrate, che sono state principalmente le giornate di maltempo, ha avuto un esito positivo e un raggiungimento quasi totale degli obiettivi prefissati.

3.2. LA CAMMINATA BENESSERE

3.2.1. *Assesment*

Scheda Educativa:

Giorgia è una ragazza che al momento del progetto aveva 39 anni, è affetta da Disturbo Bipolare di tipo II e da Disturbo di Personalità NAS. Giorgia è arrivata in S.R.R. poco prima che iniziassi il tirocinio, quindi ho avuto modo di conoscerla e comprenderne i bisogni riabilitativi. Prima dell'ingresso in struttura viveva con i genitori, con i quali ha un rapporto conflittuale: prova rabbia nei confronti della madre e scontri continui con il padre. Episodi di confusione e allucinazioni le hanno provocato un incidente in motorino. Vivendo in un piccolo comune con stampo tradizionalista, a seguito di questo episodio, è stata criticata sia dall'ambiente che dalla famiglia, portandola al ritiro sociale. Giorgia dà molto peso al giudizio delle altre persone ed è convinta che tutti la giudichino negativamente, questo è dovuto ad una profonda

sfiducia sia in sé stessa che nelle altre persone. L'aumento di peso, a seguito dell'ingresso in struttura ha avuto ripercussioni sulla sua autostima.

Giorgia non ha la capacità di far fronte a situazioni problematiche e stressanti, in quanto non le affronta fino in fondo, ma reagisce con una progressiva chiusura in sé stessa.

Area delle abilità:

Area Affettivo/Relazionale: Rapporto di collaborazione nei confronti dei compagni stretti, diffidente nei confronti delle persone conosciute da poco, bassa autostima, elevato interesse di partecipazione.

Area Autonomia: Vulnerabile autonomia sociale, ma elevata autonomia personale.

Area Motorio-Prassica: Scarsa coordinazione, rallentata, ma elevata capacità di fino (uncinetto, cucitura).

Area Cognitiva: Incapacità di problem solving.

Area delle Abilità Manuali: Sviluppata capacità manuale.

Area Neuropsicologica: Leggera distraibilità, livello elevato di organizzazione spazio-temporale.

Interventi Educativi:

Giorgia è stata inserita in S.R.R. al fine di allontanarla dall'ambiente familiare negativo. L'èquipe, al momento del mio tirocinio, stava ancora pensando ad un Progetto Educativo Individualizzato con il fine di reinserimento sociale, in quanto era arrivata in struttura da poco tempo.

Nel frattempo, svolgeva le seguenti attività di gruppo:

- Gruppo di scrittura creativa da inserire nel periodico semestrale del CSM;
- Ginnastica Dolce;
- Pallavolo;
- Musicoterapia;
- Laboratorio di pittura.

Ipotesi progettuali:

Giorgia è una ragazza con un funzionamento complessivo più che sufficiente, quindi avevo pensato inizialmente di aiutarla nel suo bisogno di perdere peso con la preparazione di pasti salutaris attraverso un progetto cucina. Essendo l'S.R.R. una struttura per metà pubblica, i pasti principali venivano serviti da una mensa. Ho così deciso di svolgere un Progetto Individualizzato per aiutarla ad ottenere un maggiore benessere psico-fisico attraverso la Camminata Benessere.

3.2.2. Progetto Educativo di Camminata Benessere

Finalità: Miglioramento della qualità della vita percepita.

Obiettivi:

- Miglioramento dell'autostima e della percezione personale;
- Miglioramento e coscienza dell'immagine corporea;
- Promozione del benessere psico-fisico.

Attività: Passeggiata benessere.

Tempi: Una volta a settimana, il lunedì pomeriggio dalle 16 alle 18.

Spazi: Parchi pubblici, Comune di Jesi.

Costi: Nessuno.

Durata: Due mesi, 12 Marzo – 7 Maggio 2018

Figure professionali coinvolte: Lina (psicologa), Betta (educatrice professionale).

Partners esterni: Nessuno.

Valutazione in itinere: Dopo tre settimane ho potuto notare un miglioramento della percezione del sé in Giorgia, in quanto lei stessa, nonostante le sue difficoltà nella comunicazione, ha richiesto l'ampliamento del Progetto anche ad altri Utenti della SRR. Per questo motivo, di comune accordo con l'équipe, la settimana successiva abbiamo introdotto nel progetto la sua compagna di stanza. Ho così aggiunto l'obiettivo di promozione del dialogo con gli altri utenti.

Verifica con indicatori: Ho potuto verificare la riuscita dell'attività attraverso i seguenti indicatori di verifica: la percezione, da parte dell'Utente dell'efficacia del progetto sul proprio corpo attraverso una griglia qualitativa, una scheda compilativa sull'impegno dell'Utente e attraverso la misurazione dei tempi di attività. Ho deciso di effettuare delle verifiche periodiche ogni due settimane.

In base alle verifiche bisettimanali ho potuto notare:

- Un miglioramento dell'umore e dei livelli di stress il giorno successivo all'attività;
- Maggiore loquacità durante l'attività successivamente all'inserimento del progetto della sua compagna di stanza;
- Una maggiore resistenza fisica e più reattività;
- Propensione a migliorare rispetto agli obiettivi preimposti (da 50 minuti a 100 minuti di attività);
- Maggiore collaborazione e disponibilità nell'accogliere le proposte degli operatori (benefici sull'umore);
- Elevata partecipazione;
- Miglioramento dell'interazione con l'ambiente e collaborazione nei confronti degli sconosciuti durante l'attività, aiutando una signora che si trovava in difficoltà;
- Problem-solving, fornendo la soluzione al maltempo: effettuare la Camminata Benessere nei pressi dell'SRR dove è presente una tettoia;
- Disagi causati dall'imprevedibilità del tempo spesso piovoso;
- Nessun miglioramento osservabile nella coordinazione;
- Miglioramento della percezione dell'immagine corporea, ma con inflessibilità sul miglioramento dell'autostima.

Valutazione finale: Analizzando i risultati ottenuti nel corso dell'attività e al compimento della stessa, ho potuto riscontrare un miglioramento della percezione corporea in quanto Giorgia ha affermato di avere meno gonfiore addominale, ma non sono stati portati a termine tutti gli obiettivi in quanto afferma ancora di "non essere

in grado” di essere costante nell’attività in maniera autonoma, quindi sono ancora presenti sentimenti di sfiducia e bassa autostima, anche se non è stata accompagnata dall’ansia sociale e dalla paura dello stigma che la caratterizzavano. Probabilmente, continuando l’attività e lasciandole maggiore libertà di iniziativa potrebbe apportare ulteriori benefici su questo aspetto. Per quanto riguarda il benessere psico-fisico ho potuto notare un miglioramento dell’umore il giorno successivo all’attività quindi maggiore benessere e calo della depressione che accompagna spesso Giorgia durante la giornata. Giorgia è infatti risultata maggiormente collaborativa sia con gli operatori che con gli altri Utenti e partecipa attivamente alle altre attività, soprattutto a quelle sportive come la pallavolo grazie al miglioramento ottenuto con la resistenza fisica. L’ultimo obiettivo prefissato, ovvero la promozione del dialogo con altre persone è stato ottenuto, forse anche grazie alla conoscenza dell’Utente inserito, ma non solo nell’ambiente “sicuro” dell’SRR quanto anche nell’interazione con persone esterne.

CONCLUSIONI

L'esperienza educativa che ho potuto riportare conferma gli innumerevoli effetti benefici dell'attività fisica, non solo circoscritta ad Utenti con disabilità psichica, in quanto collegano il corpo e la mente nel raggiungimento del benessere.

L'attività fisica, infatti, costituisce uno degli strumenti più importanti per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili e per il benessere psico-fisico delle persone.

L'OMS raccomanda di praticare a settimana almeno 150 minuti di attività fisica aerobica moderata, oppure almeno 75 minuti di attività fisica aerobica vigorosa, oppure una combinazione equivalente di attività moderata e vigorosa. Dovrebbero inoltre essere fatte attività di rafforzamento muscolare per due o più volte a settimana.

Seguendo queste indicazioni l'EP ha la possibilità di definire un Progetto Educativo con qualsiasi tipo di paziente con disabilità mentale non grave, in quanto gli effetti positivi sono numerosi sia nel caso della depressione che nell'ansia o nei disturbi bipolari e schizofrenia. L'attività fisica è in grado di amplificare gli effetti dei Progetti Educativi Individualizzati, comportandosi come "fattore protettivo" e incrementando le abilità sociali (Social Skill Training).

Basta calcolare le ore di attività utili per evitare uno stile di vita sedentario, sottraendo quelle praticate con altre attività progettuali, ad esempio la pallavolo nel caso di Giorgia, così da ottenere un progetto per la prevenzione di patologie non trasmissibili.

In realtà c'è una riduzione di mortalità già praticando solo 25-35 minuti di attività fisica quotidiana a moderata intensità, rispetto alla sedentarietà. Anche se non si ottiene un progressivo miglioramento fisico di resistenza, l'importante è praticare per questi minuti un'attività in grado di aumentare la frequenza cardiaca nel corso della giornata. Coloro che hanno uno stile di vita sedentario e restano seduti per più di 8 ore al giorno senza praticare attività fisica, sono soggetti a un rischio di mortalità simile a quello associato al fumo di sigaretta e all'obesità. (ISS)

Il ruolo dell'EP è anche quello di far comprendere all'Utente che il proprio benessere psicofisico è legato alla cura del corpo, dell'alimentazione e dello stile di vita quotidiano, così da portare i soggetti meno gravi ad una sempre maggiore autonomia. La mia esperienza, avvalorata da studi al riguardo (Hodgson et al., Callaghan P.), fornisce la prova che la Camminata Benessere presenta benefici su moltissimi aspetti della vita di un Utente, quali:

- Umore meno depresso, livelli minori di Stress che a loro volta influenzano positivamente la qualità del sonno;
- Maggiore loquacità e interazioni sociali grazie al senso di appartenenza al contesto sociale;
- Miglioramento della percezione dell'immagine corporea che provoca un senso di maggiore fiducia in sé stessi e negli altri e innalzamento dell'autostima;
- Maggiore resistenza fisica che consente di raggiungere gli obiettivi e trarne un appagamento;
- Miglioramento delle allucinazioni uditive.

Poiché i risultati ottenuti sono simili a quelli della psicoterapia, ma con effetti collaterali nettamente minori e costi inferiori, c'è anche chi propone l'attività fisica come trattamento alternativo o parallelo nei casi di depressione. (Atkinson et al.)

Poiché nel disturbo bipolare e nella schizofrenia un peso superiore a quello forma e l'incidenza di malattie cardiovascolari sono presenti nella quasi totalità dei pazienti, l'attività fisica ha un ruolo fondamentale in associazione alla terapia. (Vancampfort et al., 2012)

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

BIBLIOGRAFIA

Ba G., "Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale"

Maida S., Molteni L., Nuzzo A., "Educazione e osservazione. Teorie, metodologie e tecniche", 2009.

Gardella O., "L'educatore Professionale. Finalità, metodologia, deontologia", 2016.

M. B. First, "Panoramica sulle malattie mentali"

A. Siracusano, A. Troisi, V. Marino, F. Tozzi "Comorbidità nei disturbi della condotta alimentare: revisione critica della letteratura"

M. Deminco "Disturbo Affettivo Bipolare - Visione Generale"

G. Maina, G. Rosso, A. Aguglia, D.F. Chiodelli, F. Bogetto "Disturbi bipolari e d'ansia: aspetti epidemiologici e clinici"

American Psychiatric Association "DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", 2013.

American Psychiatric Association "DSM-IV-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", 2000.

V. Lingiardi "I disturbi della personalità"

G. Dimaggio, A. Semerari "I Disturbi di Personalità. Modelli e trattamento Stati mentali, metarappresentazione, cicli interpersonali"

Daley, "Exercise therapy and mental health in clinical populations: Is exercise therapy a worthwhile intervention?", 2002.

S. Jones, P. Hayward, D. Lam "Il disturbo bipolare - Una guida per affrontare la malattia"

Vancampfort D., De Hert M., Skjerven L. H., Gyllensten A. L., Parker A., Mulders N., Probst M., "International organization of physical therapy in mental health consensus on physical activity within multidisciplinary rehabilitation programmes for minimizing cardio-metabolic risk in patients with schizophrenia", 2012.

M. Kivimaki et al. "Common mental disorder and obesity: insight from four repeat measures over 19 years: prospective Whitehall II cohort study", BMJ, Oct. 2009

Robert MA, Hirschfeld MD, Lana A, et al. "Bipolar Disorder. Costs and Comorbidity"

Giuliani, A., Micacchi G., Valenti, M., "L'Attività Motoria nei servizi di salute mentale: evidenze scientifiche e linee guida.", 2005.

American College of Sport Medicine, "The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults: American College of Sports Medicine position stand.", 1998.

Amendolagine V., "L'attività motoria per pazienti psichiatrici", 2016.

Giuliani A., Staffieri M., Masedu F., Valenti M., "Motor activity program effectiveness related with anxiety reduction in adult psychiatric patients", 2012.

Placidi D. et al., "La psichiatria incontra la promozione della salute. Un'esperienza presso la ASST di Mantova", 2017.

Venturini M. R., "Aspetti legislative della professione di educatore professionale e configurazioni contrattuali"

Mental European Network of Sports, "12 Policy papers", 2018.

Hodgson, McCulloch, et al. "The experiences of people with severe and enduring mental illness engaged in a physical activity programme integrated into the mental health service", 2011.

Atkinson, Davenne, "Relationships between sleep, physical activity and human health", 2007.

Callaghan P., "Exercise: a neglected intervention in mental health care?", 2004.

George, Miklowitz, Richards, Simoneau, O Taylor, "The comorbidity of bipolar disorder and axis II personality disorders: prevalence and clinical correlates", 2003.

Alp Üçok, Deniz Karaveli, Turgut Kundakçi, Olcay Yazıcı "Comorbidity of personality disorders with bipolar mood disorders", 1998.

SITOGRAFIA

<https://martinaspelta.it/>

<https://www.brainfactor.it/>

<https://www.msmanuals.com/>

<https://www.stateofmind.it/>

<http://cp2011.istat.it/scheda.php?id=3.2.1.2.7>

[https://www.epicentro.iss.it/attivita fisica/livelli-consigliati](https://www.epicentro.iss.it/attivita_fisica/livelli-consigliati)