



Funded by the  
European Union

ERASMUS-SPORT-2025-SSCP  
101242503 — BOOST



Co-funded by the  
European Union

# BOOST

Building Opportunities for Optimal Sports participation  
and Training for people with IBD



**Project n.: ERASMUS-SPORT-2025-SSCP-101242503**

## RAPPORTO

### **D1.2 – ANALISI DELLA SITUAZIONE ATTUALE RIGUARDO AL COINVOLGIMENTO DELLE PERSONE CON IBD NELLO SPORT E NELL'ATTIVITÀ FISICA**

**Per informazioni visita la pagina del progetto**

**[BOOST | Erasmus+ | Il Cassetto dei Sogni](#)**

Aprile 2026



## 1. Contesto e quadro metodologico

Il presente documento presenta i risultati del D1.2 – Analisi della situazione attuale riguardo al coinvolgimento delle persone con IBD (Malattia Infiammatoria Intestinale) nello sport e nell'attività fisica, nell'ambito del progetto Erasmus+ Sport BOOST – Building Opportunities for Optimal Sports participation and Training for people with IBD. L'obiettivo della ricerca era analizzare il livello attuale di coinvolgimento delle persone con Malattia Infiammatoria Intestinale (IBD) nelle attività sportive e ricreative nei tre Paesi del progetto: Serbia, Croazia e Italia.

Il questionario è stato sviluppato concettualmente nella riunione iniziale del team di progetto M1 a Zagabria, ed è stato successivamente integrato e finalizzato. Comprende 45 domande organizzate in nove sezioni tematiche: profilo demografico, profilo clinico dell'IBD, attività fisica prima e dopo la diagnosi, barriere e motivatori, aspetti psicosociali, conoscenze e informazioni, consigli nutrizionali, supporto ambientale e istituzionale, e disponibilità a un futuro coinvolgimento.

L'inclusione successiva dell'associazione italiana AMICI (Associazione per le Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino), la più grande associazione di pazienti con IBD in Europa, ha leggermente perturbato la tempistica pianificata, ma ha significativamente ampliato il campione e ha contribuito alla rilevanza e alla trasferibilità dei risultati in un contesto europeo più ampio.

Per quanto riguarda la raccolta dei dati, il sondaggio è stato condotto in Serbia e Croazia tramite la piattaforma Google Forms, mentre in Italia è stato somministrato tramite SurveyMonkey. Durante la raccolta dei dati in Italia si è verificato un errore tecnico: le domande progettate per risposte multiple (domande 16, 18, 19, 24, 26, 27 e 28) nella prima versione offrivano una sola scelta. 1.192 rispondenti hanno compilato questa versione del sondaggio. Il sondaggio corretto è stato compilato da ulteriori 774 rispondenti. Per le domande a risposta singola, entrambi i dataset sono stati uniti in un campione combinato (1.966 risposte senza duplicati), fornendo la panoramica più completa.

Nel corso del processo di raccolta dei dati sono state osservate le direttive dell'UE e nazionali sulla protezione dei dati personali. Il sondaggio era completamente anonimo: ai rispondenti non è stato chiesto di indicare nome, indirizzo e-mail né alcun identificatore diretto. I dati raccolti sono analizzati esclusivamente in forma statistica aggregata, ai fini della ricerca e dello sviluppo di linee guida sportive per le persone con IBD. Gli indirizzi IP, che le piattaforme possono tecnicamente registrare per impedire compilazioni multiple, non sono stati in alcun modo collegati al contenuto delle risposte e sono trattati in conformità con il GDPR (Regolamento UE 2016/679). Procedendo alla compilazione del questionario, i rispondenti hanno confermato di aver letto questa informativa e di acconsentire all'uso anonimo dei dati forniti per le finalità del progetto.



Il sondaggio era disponibile per la compilazione dal 16 marzo al 6 aprile 2026. È stato distribuito tramite i canali delle associazioni nazionali di pazienti UKUKS (Serbia), HUCUK (Croazia) e AMICI (Italia).

In totale sono state raccolte 2.301 risposte nell'arco di tre settimane (16 marzo – 6 aprile 2025). L'Italia, grazie alla rete di AMICI, ha contribuito di gran lunga con il maggior numero di rispondenti.

Paese	Risposte	Piattaforma
Serbia (SRB)	113	Google Forms
Croazia (CRO)	222	Google Forms
Italia TOTALE (ITA)	1,966	SurveyMonkey
TOTALE	2,301	-

Le differenze nelle dimensioni dei campioni rendono difficili i confronti statistici diretti. La differenza nelle piattaforme (Google Forms vs. SurveyMonkey) e la specificità del doppio dataset italiano richiedono un'interpretazione attenta. Nonostante queste limitazioni, la coerenza dei risultati chiave tra i tre campioni indipendenti (due diversi set di dati italiani) indica un'alta affidabilità dei pattern identificati.

## 2. Profilo demografico dei rispondenti

### 2.1 Distribuzione per genere

Le donne costituiscono la maggioranza del campione in tutti e tre i Paesi, il che è coerente con i modelli generali di partecipazione alle ricerche in ambito sanitario. La differenza è leggermente più pronunciata in Serbia e Croazia, mentre in Italia è più equilibrata.

Genere	SRB	CRO	ITA Totale
Donne	72 (63.7%)	138 (62.2%)	1,118 (56.9%)
Uomini	41 (36.3%)	84 (37.8%)	845 (43.0%)
Altro	-	-	3 (0.1%)

### 2.2 Distribuzione per età

I campioni di Serbia e Croazia hanno un profilo relativamente più giovane, con la quota maggiore nelle fasce d'età 25–34 e 35–44. Il campione italiano è significativamente più anziano, con la quota maggiore nelle fasce 55–64 e 65+. Questa differenza ha implicazioni dirette per la progettazione di programmi di attività fisica.



Età	SRB	CRO	ITA Totale
< 18	4 (3.5%)	9 (4.1%)	49 (2.5%)
18–24	7 (6.2%)	12 (5.4%)	73 (3.7%)
25–34	34 (30.1%)	49 (22.1%)	264 (13.4%)
35–44	33 (29.2%)	71 (32.0%)	320 (16.3%)
45–54	18 (15.9%)	52 (23.4%)	387 (19.7%)
55–64	17 (15.0%)	25 (11.3%)	461 (23.5%)
65+	-	4 (1.8%)	412 (21.0%)

### 3. Profilo clinico – Diagnosi IBD

#### 3.1 Tipo di diagnosi IBD

La malattia di Crohn domina i campioni di Serbia e Croazia, rappresentando rispettivamente il 52,2% e il 57,2%, mentre in Italia il rapporto è invertito – la colite ulcerosa è presente nel 54,4% dei rispondenti.

Diagnosi	SRB	CRO	ITA Totale
Malattia di Crohn	59 (52.2%)	127 (57.2%)	868 (44.2%)
Colite ulcerosa	53 (46.9%)	89 (40.1%)	1,070 (54.4%)
Non specificato / Non sono sicuro/a	1 (0.9%)	6 (2.7%)	28 (1.4%)

#### 3.2 Durata della diagnosi

Prevale un'esperienza di lunga durata con la malattia. Oltre 10 anni dalla diagnosi riguardano il 45,1% dei rispondenti serbi, il 50,9% di quelli croati e il 63,5% di quelli italiani. Questi rispondenti non sono pazienti nuovi – si tratta di persone con decenni di esperienza nella gestione di una malattia cronica, il che significa che le barriere che citano non sono temporanee ma strutturali.

Durata	SRB	CRO	ITA Totale
< 1 anno	9 (8.0%)	15 (6.8%)	58 (3.0%)
1–3 anni	22 (19.5%)	33 (14.9%)	198 (10.1%)
4–6 anni	20 (17.7%)	34 (15.3%)	242 (12.3%)
7–10 anni	11 (9.7%)	27 (12.2%)	221 (11.2%)
Più di 10 anni	51 (45.1%)	113 (50.9%)	1,247 (63.4%)*



### 3.3 Remissione e interventi chirurgici

La remissione è presente nella maggioranza dei rispondenti in tutti e tre i Paesi, il che costituisce un punto di partenza favorevole per i programmi di attività fisica. Tuttavia, è significativa la quota di coloro che non sono certi del proprio stato di remissione, il che rimanda alla necessità di una migliore comunicazione tra pazienti e team medici.

Remissione	SRB	CRO	ITA Totale
Sì	75 (66.4%)	140 (63.1%)	1,243 (63.2%)
No	22 (19.5%)	51 (23.0%)	337 (17.1%)
Non sono sicuro/a	16 (14.2%)	31 (14.0%)	386 (19.6%)

Gli interventi chirurgici sono relativamente frequenti, coerentemente con i tassi clinici noti nella popolazione IBD: SRB 26,5%, CRO 28,8%, ITA 32,2%.

Recidive negli ultimi 5 anni: la maggior parte dei rispondenti ha avuto 1–3 recidive: SRB 54,9%, CRO 46,4%, ITA 46,0%.

## 4. Attività fisica – frequenza, variazione e contenuto

### 4.1 Frequenza attuale dell'attività fisica

La frequenza dell'attività fisica (AF) varia considerevolmente, ma in tutti i Paesi combinati quasi un terzo o più dei rispondenti si esercita raramente o mai.

Frequenza di esercizio	SRB	CRO	ITA Totale
Mai	18 (15.9%)	33 (14.9%)	258 (13.1%)
Meno di 1 volta a settimana	24 (21.2%)	61 (27.5%)	270 (13.7%)
1–2 volte a settimana	23 (20.4%)	60 (27.0%)	609 (31.0%)
3–4 volte a settimana	37 (32.7%)	50 (22.5%)	403 (20.5%)
5 o più volte a settimana	11 (9.7%)	18 (8.1%)	93 (4.7%)
Inattivi (mai + raramente)	42 (37.2%)	94 (42.3%)	528 (26.9%)

### 4.2 Variazione del livello di attività fisica dopo la diagnosi

Questa domanda fornisce il quadro più illustrativo dell'impatto diretto dell'IBD sulla vita sportiva dei pazienti. Più della metà dei rispondenti in Serbia e Croazia riporta una diminuzione dell'attività, documentando un effetto sistematicamente negativo della diagnosi. In Italia il quadro è leggermente diverso – è significativa la quota di coloro la cui attività è rimasta invariata, ma anche lì è presente un bilancio complessivamente negativo.



Variazione AF	SRB	CRO	ITA Totale
Significativamente ridotta	42 (37.2%)	71 (32.0%)	491 (25.0%)
Leggermente ridotta	24 (21.2%)	52 (23.4%)	334 (17.0%)
Rimasta uguale	18 (15.9%)	49 (22.1%)	553 (28.1%)
Aumentata	29 (25.7%)	50 (22.5%)	255 (13.0%)
TOTALE ridotta	66 (58.4%)	123 (55.4%)	825 (42.0%)

### 4.3 Attività fisica prima della diagnosi

È degno di nota il fatto che anche prima della diagnosi una parte considerevole dei rispondenti era inattiva: in Serbia il 22,1%, in Croazia il 26,6% e in Italia il 25,0%. Ciò significa che il progetto deve rivolgersi anche a persone prive di una precedente esperienza sportiva, e non solo a coloro che hanno "perso" l'abitudine a causa della malattia.

Attività prima della diagnosi	SRB	CRO	ITA Totale
Sport ricreativo	56 (49.6%)	86 (38.7%)	515 (26.2%)
Attività fitness	49 (43.4%)	92 (41.4%)	526 (26.8%)
Sport agonistico	18 (15.9%)	32 (14.4%)	183 (9.3%)
Non ero fisicamente attivo/a	25 (22.1%)	59 (26.6%)	492 (25.0%)

### 4.4 Attività attualmente praticate

La camminata e l'escursionismo sono di gran lunga le attività più diffuse in tutti i campioni, il che è coerente con la preferenza per forme di movimento a bassa intensità e individuali. Ciò potrebbe anche essere una conseguenza della tendenza dei rispondenti ad autogiustificarsi e presentarsi come attivi. L'alta quota di coloro che non praticano nulla identifica il segmento inattivo come gruppo target prioritario.

Attività	SRB	CRO	ITA-M (risp. sing.)	ITA-S (risp. mult.)
Camminata / escursionismo	58 (51.3%)	154 (69.4%)	296 (24.8%)	320 (41.3%)
Palestra / fitness	37 (32.7%)	61 (27.5%)	193 (16.2%)	188 (24.3%)
Yoga / Pilates	17 (15.0%)	31 (14.0%)	115 (9.7%)	127 (16.4%)
Corsa / trail running	19 (16.8%)	31 (14.0%)	36 (3.0%)	56 (7.2%)
Attività outdoor	37 (32.7%)	35 (15.8%)	28 (2.4%)	46 (5.9%)
Nulla	14 (12.4%)	29 (13.1%)	136 (11.4%)	93 (12.0%)



## 4.5 Tipi preferiti di attività fisica

Le attività ricreative e individuali sono la categoria più desiderata, mentre lo sport di squadra e quello agonistico rappresentano ovunque una minoranza, il che è correlato alla natura cronica della malattia e alla necessità di flessibilità.

Tipo di attività	SRB	CRO	ITA-M	ITA-S (risp. mult.)
Attività ricreative	88 (77.9%)	155 (69.8%)	195 (16.4%)	239 (30.9%)
Attività individuali	53 (46.9%)	98 (44.1%)	433 (36.3%)	371 (47.9%)
Relax e meditazione	27 (23.9%)	59 (26.6%)	173 (14.5%)	219 (28.3%)
Attività ad alta intensità	15 (13.3%)	28 (12.6%)	69 (5.8%)	109 (14.1%)
Attività di squadra	18 (15.9%)	30 (13.5%)	68 (5.7%)	103 (13.3%)
Attività agonistiche	11 (9.7%)	17 (7.7%)	38 (3.2%)	67 (8.7%)

## 5. Barriere all'attività fisica

La domanda sulle barriere era a risposta multipla: i rispondenti selezionavano tutte le barriere che li riguardavano, pertanto il numero totale di risposte supera il numero di rispondenti. I valori percentuali sono calcolati rispetto al numero di rispondenti in ciascun campione.

Barriera	SRB	CRO	ITA-M	ITA-S
Stanchezza	69 (61.1%)	149 (67.1%)	683 (57.3%)	481 (62.1%)
Dolori articolari	47 (41.6%)	97 (43.7%)	427 (35.8%)	246 (31.8%)
Urgenza / paura di dover andare al bagno	25 (22.1%)	84 (37.8%)	378 (31.7%)	288 (37.2%)
Dolore addominale	32 (28.3%)	79 (35.6%)	240 (20.1%)	212 (27.4%)
Mancanza di motivazione	39 (34.5%)	63 (28.4%)	198 (16.6%)	127 (16.4%)
Mancanza di tempo	31 (27.4%)	66 (29.7%)	236 (19.8%)	131 (16.9%)
Mancanza di bagni	20 (17.7%)	47 (21.2%)	194 (16.3%)	137 (17.7%)
Ansia	20 (17.7%)	44 (19.8%)	173 (14.5%)	138 (17.8%)
Limitazioni finanziarie	22 (19.5%)	27 (12.2%)	89 (7.5%)	47 (6.1%)
Rischio di peggioramento della malattia	22 (19.5%)	35 (15.8%)	81 (6.8%)	56 (7.2%)
Effetti collaterali della terapia	8 (7.1%)	13 (5.9%)	56 (4.7%)	64 (8.3%)
Mancanza di programmi adattati	14 (12.4%)	16 (7.2%)	50 (4.2%)	37 (4.8%)
Supporto inadeguato da parte di allenatori/istruttori	7 (6.2%)	12 (5.4%)	36 (3.0%)	38 (4.9%)



La stanchezza è di gran lunga la barriera più dominante in tutti e tre i campioni (e in entrambi i dataset italiani). È segnalata da più della metà di tutti i rispondenti. Questo sintomo nell'IBD è multifattoriale (anemia, infiammazione, effetti collaterali dei farmaci, fattori psicosociali) ed è una delle sfide più difficili da affrontare nelle malattie croniche. I dolori articolari si collocano al secondo posto, coerentemente con la nota frequenza dell'artropatia come manifestazione extra-intestinale dell'IBD.

La paura di un'urgenza di andare al bagno e la mancanza di servizi igienici pubblici formano insieme la seconda barriera chiave. Si tratta anche della richiesta più concreta di cambiamento infrastrutturale che può essere affrontata attraverso il progetto BOOST nelle raccomandazioni per le organizzazioni sportive, nonché per le istituzioni pubbliche e le amministrazioni locali.

## 5.1 Atteggiamenti che riflettono le barriere

Nelle versioni serba e croata, le risposte alle domande che esprimono atteggiamenti nei confronti di determinate affermazioni utilizzavano una scala da 1 a 5, dove 1 = per niente d'accordo e 5 = completamente d'accordo. Nella versione italiana è stata utilizzata una scala descrittiva (Per niente / Poco / Né... / Abbastanza / Totalmente d'accordo). La tabella mostra la quota di risposte affermative (4+5 per SRB/CRO; Abbastanza+Totalmente per ITA).

Affermazione	SRB (4+5)	CRO (4+5)	ITA (Abbastanza+Totalmente)
I sintomi dell'IBD mi impediscono di essere più attivo/a	38.1%	44.1%	47.1%
La paura di un peggioramento limita la mia partecipazione all'AF	26.5%	31.1%	49.6%
Limitazioni della forza fisica (dolore, stanchezza)	52.2%	48.2%	N/A*
Limitazioni della forza mentale per lo sport	29.2%	35.1%	N/A*
Gli allenatori non hanno abbastanza conoscenze sull'IBD	77.9%	61.7%	N/A*
Mi sento escluso/a a causa del mio stato di salute	22.1%	29.3%	N/A*

\* Italia – alcune domande di atteggiamento si trovano in un formato diverso o in posizioni diverse nel sondaggio; il confronto diretto non è possibile per tutte le voci.

Particolarmente significativo è il risultato che ben il 77,9% dei rispondenti serbi e il 61,7% di quelli croati ritiene che i professionisti dello sport e del fitness non abbiano sufficienti conoscenze sull'IBD. Questo è un indicatore estremamente importante per le ulteriori attività del progetto.



## 6. Motivatori, benefici percepiti e supporto necessario

### 6.1 Benefici percepiti dell'attività fisica

Nonostante le barriere, i rispondenti riconoscono benefici significativi dell'AF in aree che corrispondono direttamente alle sfide dell'IBD. Queste alte percentuali documentano chiaramente la conoscenza dei benefici dell'AF. Esse sono, paradossalmente, anche indicatori del divario tra intenzione e azione – la maggior parte crede che l'AF aiuterebbe, ma vi si dedica comunque in misura insufficiente.

I principali fattori motivanti sono:

- Benessere mentale: SRB 92,9%, CRO 87,4%, ITA 63,5%
- Salute fisica: SRB 89,4%, CRO 90,1%, ITA 75,6%
- Gestione dello stress: SRB 83,2%, CRO 73,4%, ITA 63,1%

### 6.2 Convinzione che l'AF possa aiutare a controllare i sintomi dell'IBD

La fiducia nel potenziale terapeutico dell'attività fisica è alta in Serbia: il 47,8% è completamente d'accordo e il 24,8% è prevalentemente d'accordo – in totale il 72,6%. In Croazia il totale è del 60,4% (40,1% + 20,3%), ma è anche alta la quota di risposte neutrali (31,1%), il che suggerisce incertezza. In Italia la distribuzione è più uniforme: 37% d'accordo, 34% neutrale, 29% in disaccordo, il che è in parte prevedibile dato il profilo anagrafico più anziano del campione.

### 6.3 Consigli professionali e informazione

Un risultato estremamente preoccupante è che più dell'80% dei rispondenti in Serbia e Croazia e il 76% in Italia non hanno mai ricevuto consigli professionali sull'attività fisica adattata alle persone con IBD. Questo documenta una carenza sistemica nella catena dell'assistenza sanitaria.

Ricevuto consiglio AF per IBD	SRB	CRO	ITA
No, mai	92 (81.4%)	179 (80.6%)	1,512 (76.9%)
Sì – da un medico	15 (13.3%)	20 (9.0%)	338 (17.2%)
Sì – da un fisioterapista	3 (2.7%)	8 (3.6%)	47 (2.4%)
Sì – da un allenatore/istruttore	2 (1.8%)	9 (4.1%)	24 (1.2%)
Sì – da altri pazienti	6 (5.3%)	17 (7.7%)	45 (2.3%)

### 6.4 Cosa aiuterebbe – richieste dei rispondenti

I rispondenti hanno una chiara gerarchia di bisogni. In Serbia e Croazia al primo posto si trovano allenatori formati e programmi adattati, mentre in Italia al primo posto si collocano informazioni migliori. La coerenza tra le due versioni del sondaggio italiano conferma l'affidabilità dei risultati.



Cosa aiuterebbe	SRB	CRO	ITA-M	ITA-S
Allenatori/istruttori formati	66 (58.4%)	103 (46.4%)	85 (7.1%)*	218 (28.2%)
Programmi di esercizio adattati	58 (51.3%)	100 (45.0%)	258 (21.6%)	327 (42.3%)
Informazioni migliori	50 (44.2%)	98 (44.1%)	316 (26.5%)	355 (45.9%)
Orari di allenamento flessibili	34 (30.1%)	61 (27.5%)	64 (5.4%)	142 (18.3%)
Migliore accesso ai bagni	32 (28.3%)	67 (30.2%)	75 (6.3%)	163 (21.1%)
Supporto finanziario	25 (22.1%)	59 (26.6%)	54 (4.5%)	124 (16.0%)
Programmi online / a domicilio	24 (21.2%)	50 (22.5%)	42 (3.5%)	110 (14.2%)
Gruppi di supporto tra pari	10 (8.8%)	24 (10.8%)	32 (2.7%)	118 (15.2%)

\* La percentuale di ITA-M è bassa perché quel formato registra un numero inferiore di selezioni per rispondente rispetto a ITA-S. ITA-S con risposte multiple fornisce un'indicazione più realistica delle preferenze.

## 6.5 Disponibilità a partecipare a future attività

Il potenziale di coinvolgimento del gruppo target è eccezionale. Praticamente tutti i rispondenti in SRB e CRO sono aperti a un futuro coinvolgimento, e in Italia solo una piccola parte rifiuta.



## 7. Conclusioni, tendenze e linee guida

### 7.1 Tendenze principali

**1. La diagnosi di IBD riduce direttamente e significativamente il livello di attività fisica.** Più del 58% dei rispondenti serbi, il 55% di quelli croati e il 42% di quelli italiani riportano una diminuzione dell'attività dopo la diagnosi. Questo non è percezione soggettiva ma cambiamento comportamentale documentato.

**2. La stanchezza e i dolori articolari sono barriere strutturali, non transitorie.** La stanchezza è segnalata da più del 57–67% dei rispondenti in tutti i campioni, e i dolori articolari dal 32–44%. Queste barriere richiedono un approccio clinico e sportivo multidisciplinare e non possono essere superate con soli programmi motivazionali.

**3. La paura di dover andare urgentemente al bagno è una barriera concreta, risolvibile sul piano infrastrutturale.** Tra il 22% (SRB) e il 38% (CRO e ITA) cita l'urgenza di andare al bagno come ostacolo. La disponibilità di servizi igienici nelle strutture sportive pubbliche influirebbe direttamente sui livelli di attività.

**4. Carezza sistemica nei consigli medici.** Più dell'80% dei rispondenti (SRB e CRO) non ha mai ricevuto consigli sull'AF adattata all'IBD. Questo è uno dei risultati più importanti della ricerca e giustifica direttamente le attività educative di BOOST rivolte ai professionisti dello sport, ma anche ai medici.

**5. I professionisti dello sport sono percepiti come non competenti per lavorare con i pazienti con IBD.** Ben il 77,9% dei rispondenti serbi e il 61,7% di quelli croati ritiene che allenatori e istruttori di fitness non abbiano sufficienti conoscenze sull'IBD. Questo è il tema centrale per le attività educative del progetto.

**6. Divario tra intenzione e comportamento (intention-behaviour gap).** Più del 72% dei rispondenti serbi crede che l'AF possa aiutare a controllare i sintomi dell'IBD, mentre al tempo stesso quasi il 37% si esercita raramente o mai. La sola informazione non è sufficiente – sono necessari programmi strutturati e di supporto che superino le barriere.

**7. Preferenza per attività ricreative e individuali a bassa intensità.** Camminata, escursionismo, yoga e allenamento fitness sono le attività più praticate e più desiderate in tutti e tre i Paesi. I programmi devono essere basati su queste forme di AF.

**8. Alto potenziale di coinvolgimento – quasi nessuno rifiuta la partecipazione futura.** Il 99,1% dei rispondenti in Serbia e il 96,4% in Croazia sono aperti a un futuro coinvolgimento (risposta "sì" o "forse"). Questa è una base di partenza eccezionale per le fasi successive dell'attuazione del progetto BOOST.

**9. Profili diversi per Paese richiedono un approccio adattato.** Serbia e Croazia hanno un campione più giovane, una maggiore incidenza della malattia di Crohn e una carezza pronunciata di consigli professionali. L'Italia ha un campione più anziano con maggiore



durata della malattia e una rete di supporto più forte, ma anche maggiori ostacoli motivazionali. Il progetto deve tenere conto di questa eterogeneità.

## **7.2 Linee guida strategiche per le ulteriori attività del Progetto**

Sulla base dei risultati dell'analisi, le ulteriori attività pianificate risultano giustificate, e possono essere proposte anche alcune attività aggiuntive:

- Sviluppo di moduli formativi per professionisti dello sport e del fitness che comprendano le basi dell'IBD, i sintomi rilevanti per l'attività fisica (stanchezza, urgenze, dolori articolari), gli adattamenti pratici dell'allenamento e le competenze comunicative nel lavoro con pazienti cronici. La priorità spetta a Serbia e Croazia, dove la percezione della scarsa conoscenza degli allenatori è più marcata.
- Creazione di programmi di attività fisica adattati che partano dalle attività più accettabili (camminata, yoga, fitness) e costruiscano gradualmente le capacità, con chiare raccomandazioni per la modifica durante i periodi di riacutizzazione.
- Sviluppo di programmi di attività digitali e domiciliari, rispondendo alle esigenze di circa il 21% dei rispondenti serbi e il 22% di quelli croati che indicano i programmi online come una soluzione utile. Particolarmente rilevante durante i periodi di recidiva.
- Advocacy per miglioramenti infrastrutturali – la disponibilità di servizi igienici nelle strutture sportive pubbliche dovrebbe essere inclusa nelle raccomandazioni per le amministrazioni locali e le organizzazioni sportive come standard minimo di inclusività.
- Sviluppo di materiali per medici e team medici che indirizzino sistematicamente i pazienti verso l'attività fisica in presenza di IBD, colmando così la carenza sistemica identificata in più dell'80% dei rispondenti.
- Rispetto dell'eterogeneità anagrafica e demografica dei campioni – i programmi devono essere adattati alle persone giovani e attive (profilo SRB/CRO) e ai pazienti anziani con malattia di lunga durata (profilo ITA).
- Valutazione del formato dei gruppi di supporto tra pari (peer support groups), tenendo conto in particolare che l'Italia registra il 15,2% di rispondenti che citano questa misura – potenziale alto impatto sulla motivazione e l'aderenza.
- Coordinamento con organizzazioni esterne come AMICI per la diffusione dei risultati e dei programmi, avvalendosi di reti che hanno già dimostrato la capacità di mobilitare un gran numero di pazienti.