

Animazione motoria per anziani residenti in strutture protette

Agata Troja

1 - L'ANZIANO E L'ENTRATA IN UNA STRUTTURA PROTETTA

2 - STRUTTURARE UN INTERVENTO DI ANIMAZIONE MOTORIA IN CASA DI RIPOSO

3 - IL CONFRONTO CON GLI ALTRI APPROCCI

4 - CONCLUSIONI E BIBLIOGRAFIA

1 - L'ANZIANO E L'ENTRATA IN UNA STRUTTURA PROTETTA:

DALLA PERDITA DI AUTONOMIA ALLA "SINDROME IPOCINETICA"

L'ingresso di un anziano in una casa di riposo è uno degli eventi più delicati e difficili dell'intera vita, sia per le ripercussioni sull'equilibrio della persona, che ricorre a questa soluzione per fronteggiare una situazione di bisogno, spesso non per una scelta personale, e sia perché rappresenta un cambiamento radicale di vita che interviene a modificare completamente tutte le principali coordinate di spazio, di tempo e di abitudini a cui ciascuno fa riferimento nella quotidianità. Se si pensa che più si è anziani e più si ha difficoltà di adattamento alle cose che cambiano è dunque facile comprendere quanto il trasferimento della propria residenza in una collettività rappresenti uno di quegli eventi che gli psicologi chiamano "altamente stressanti", anche laddove ci sia una diretta scelta della persona e anche quando le nuove condizioni di vita siano migliori di quelle che vengono lasciate dietro alle spalle.

Non è questa la sede per una trattazione approfondita né della complessa rete di cause che possono determinare l'arrivo di un anziano in una casa di riposo.

Quello che vorrei invece brevemente affrontare è invece il quadro delle conseguenze psico-fisiche di tale evento, conseguenze che in qualche modo diventano il "terreno di lavoro" di tutti i vari interventi tesi al miglioramento della qualità di vita della persona che è entrata a fare parte di una residenza collettiva.

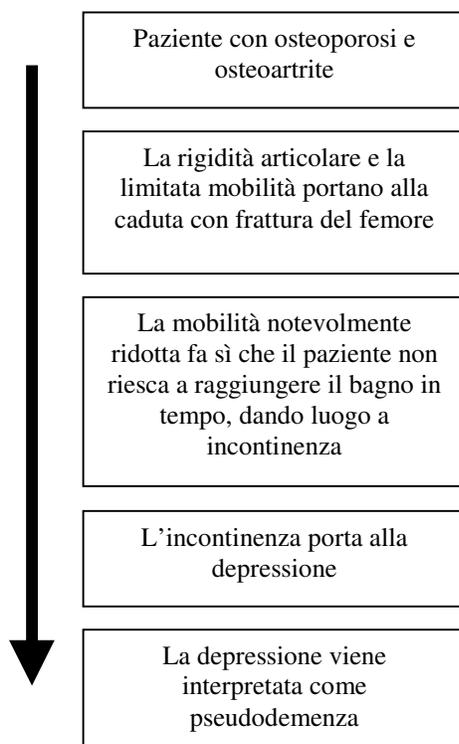
Occorre precisare subito però che tali conseguenze non sono solo di carattere negativo, come troppo spesso viene immaginato da chi è al di fuori della situazione: qualora ci siano condizioni favorevoli, sia da parte della persona anziana che da parte dell'ambiente che la accoglie, è piuttosto facile verificare che soprattutto a medio e lungo termine l'ingresso in una casa di riposo possa essere vissuto in modo positivo dall'anziano, con un senso di sicurezza dato sia dall'assistenza sanitaria che da nuove occasioni di contatti sociali, e che tutto questo favorisce il miglioramento generale dello stato di salute; non si deve dimenticare che molti anziani prima dell'ingresso nella residenza vivono da soli, in condizioni di forte disagio e di solitudine estrema.

In generale però l'entrata in istituto comporta una perdita di autonomia dello spazio decisionale della persona e delle sue motivazioni, che, sommata alla serie di perdite fisiologiche dovute all'invecchiamento, può innescare una serie di reazioni a catena in senso peggiorativo (vedi cap. 2, par.2.1: "il circolo vizioso della dipendenza"). Quanto più l'ambiente tende a deresponsabilizzare l'anziano, restituendogli una immagine di sé inadatta a "fare da solo" anche la minima cosa, tanto più egli tenderà a rinchiudere il suo raggio di azione fino a diventare passivo, magari facendo uscire la propria frustrazione e il proprio disagio profondo in comportamenti che possono anche diventare altamente disturbanti.

Una delle condizioni tipiche verso le quali indirizzare il lavoro di equipe in una casa di riposo è proprio l'effetto a catena rispetto a situazioni patologiche che di per sé non sono particolarmente gravi, ma che nel tempo creano quadri invalidanti irreversibili. Ad esempio, la condizione cronica più frequente negli anziani è l'artrite, spesso associata all'osteoporosi.

Ora, nella seguente tabella è riassunto un tipico esempio di effetto a cascata cumulativo delle singole disabilità¹ che spesso si creano a partire da tale patologia.

¹ G.Felsenthal,E.B.Stein – *Principi di riabilitazione geriatrica* – in: Braddom R.L.,Medicina fisica e riabilitazione, A.Delfino Ed. 1291



La condizione-limite della perdita di autonomia dell'anziano è la cosiddetta *sindrome ipocinetica*, ovvero una condizione morbosa, interessante più organi e apparati, che insorge in seguito a prolungata immobilità.

L'anziano che vive in casa di riposo è un soggetto ad alto rischio e questa è la causa più frequente di disabilità, con una sproporzione assoluta tra evento scatenante e risultato finale. Spesso infatti si inizia con limitazioni parziali del movimento, per arrivare a danni organici all'apparato muscolo-scheletrico, cutaneo e cardio-respiratorio, oltre che a livello psicologico e cognitivo.

In sintesi, se la richiesta di movimento è troppo bassa (allettamento, scarsa attività fisica, ecc) le strutture dell'apparato locomotore si adattano, si ipotrofizzano, eliminando o modificando le parti non sollecitate meccanicamente. Intervengono poi in concomitanza anche modificazioni in senso di diminuzione della componente neurologica del movimento e di tutte le implicanze psico-affettive (depressione, perdita dell'autostima...). Tutte queste trasformazioni possono prodursi in poche settimane di immobilità in un anziano, e sono accelerate nei soggetti con ridotta autonomia personale ed il risultato finale è una invalidità permanente.

I concetti-chiave per contrastare questa sorta di "catastrofe" sono due: mantenimento dell'autonomia e prevenzione. Una adeguata attività fisica, inserita in un contesto ambientale teso a valorizzare le capacità residue delle persone anziane, è uno dei mezzi per rendere concreti questi concetti.

Quale "sguardo" verso gli anziani?

Alla ricerca di modelli teorici di interpretazione della vecchiaia mi sono ovviamente imbattuta in concezioni anche molto diverse tra loro, e gli interrogativi posti da tali contrasti restano aperti: del resto la riflessione teorica su questi temi è ancora relativamente recente e la nostra società non è preparata ad affrontare una situazione così complessa, nonostante la sua evidenza e la sua forte incidenza a livello sociale.

Cercare un modello interpretativo che faccia da riferimento al proprio modo di operare è però necessario per stabilire con una certa chiarezza gli obiettivi del proprio lavoro e i mezzi e metodi più adatti per la realizzazione.

Su questo tema faccio riferimento ad un interessante articolo redatto da Paola Molinatto, che alla domanda “Quale sguardo accompagna il lavoro sociale con gli anziani?” risponde analizzando tre modelli che a suo parere informano le pratiche e le politiche rivolte a questa fascia della popolazione².

Il primo è lo “sguardo clinico”; poi lo “sguardo documentario”, ed infine lo “sguardo economico”.

E' indubbio che l'allungamento della vita ha determinato un incremento dei saperi relativi all'invecchiamento; non solo la gerontologia e la geriatria, ma le scienze sociali nel loro insieme hanno progressivamente focalizzato l'attenzione sulle dinamiche relative all'età anziana. Ne è derivato un quadro sempre più articolato: si parla sempre meno di anziani in senso generico, e sempre più di terza età. Quarta età, giovani anziani, grandi anziani, anziani autosufficienti e non autosufficienti, anziani dementi e anziani attivi; all'ampliamento dell'articolazione semantica corrisponde un aumento dei trattamenti specialistici delle varie problematiche. Nasce così uno sguardo specializzato di natura scientifica, appunto uno sguardo clinico focalizzato sull'anziano, che trasforma l'esperienza della vecchiaia in un progressivo accumulo di deficit e di incapacità, ed in cui si fronteggiano da un lato il corpo dell'anziano visto come sintomo, e dall'altro lato gli strumenti diagnostici geriatrici (test, scale di valutazione sempre più sofisticate, inchieste, questionari...) volti a valutare le incapacità in modo sempre più preciso per innescare le relative terapie di riattivazione. Un altro modo spesso enfatizzato di avvicinarsi all'età anziana è definito dall'autrice come lo sguardo documentario: l'anziano viene identificato come il depositario della memoria storica, come il custode di un passato, il suo personale ma anche quello della società che in qualche modo rappresenta. Nelle case di riposo, nei centri diurni, nelle comunità locali, spesso proliferano iniziative volte a rivitalizzare i ricordi attraverso raccolta di biografie, testimonianze, filmati e fotografie. Se tutto questo da un lato è un'importantissima fonte di scambio di valori e di informazioni, da un altro lato rischia spesso di diventare terreno di retorica e di idealizzazione, finendo per relegare l'icona dell'anziano custode della memoria in una sorta di spazio museale, dove queste operazioni restano cristallizzate e senza una reale influenza sul presente, e dove l'anziano rimane comunque estraneo e anacronistico rispetto alla contemporaneità.

Infine lo sguardo economico: gli anziani sono tanti, e nei sistemi di Welfare la sproporzione vecchi-giovani incide nel senso di una insostenibilità economica soprattutto a livello sanitario e previdenziale. Il risvolto opposto è però che l'anziano è al contempo anche un nuovo soggetto di consumo, motore di una nuova fascia di mercato e consumatore corteggiato da crescenti strategie di marketing.

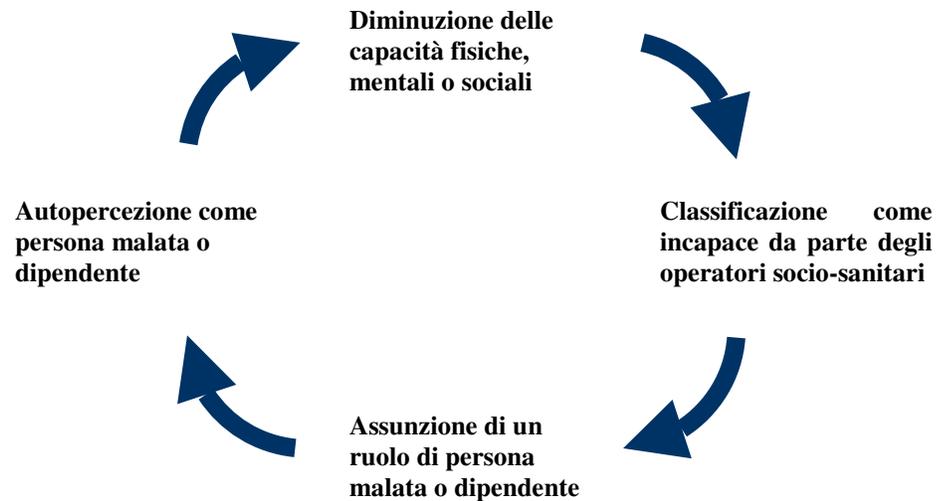
Tutti e tre questi modelli contengono dunque potenzialità positive, ma anche fortemente negative quando siano presi acriticamente e in modo esasperato, conducendo in tale caso a pratiche ghezzanti anziché tradursi in un aumento della qualità di vita dei destinatari di tali programmi.

Torniamo ora al contesto delle residenze per anziani e cerchiamo di calare queste considerazioni in tale realtà.

Se l'adozione dei metodi della valutazione geriatrica multidimensionale ha introdotto indiscutibili benefici sul piano dell'efficacia degli interventi terapeutici e riabilitativi, racchiude in sé tuttavia il rischio di trasformare la geriatria in difettologia, rafforzando una concezione della vecchiaia come somma di carenze fisiche e mentali; quando si sposta l'attenzione dalla valorizzazione delle capacità residue alla quantificazione delle incapacità si spinge l'anziano verso quello che Hall (1980) definisce come “il circolo vizioso della dipendenza”:

² A cura di Paola Molinatto, *Quale cultura delle politiche e delle pratiche con gli anziani?* Insetto “Animazione Anziani” in *Animazione Sociale*, ottobre 2000.

(fig.1)³



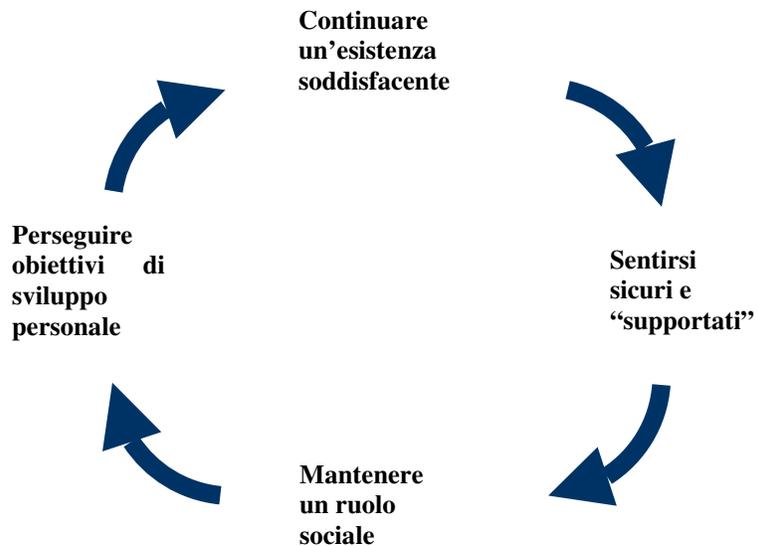
Ne deriva una visione sempre più negativa di se stesso da parte dell'anziano e da parte del personale di assistenza: gli psicologi dell'età avanzata sostengono che non sono solo i problemi di salute a dare la misura all'anziano della sua età, ma anche e soprattutto l'atteggiamento dell'ambiente sociale circostante nei confronti della vecchiaia.

Quando l'organizzazione delle residenze per anziani è dunque a forte impronta ospedaliera (vige lo sguardo clinico) sarà dunque inevitabile per i residenti assumere il ruolo di malati. Per evitare ai residenti la prospettiva di una sopravvivenza passiva è necessario invece che l'istituzione persegua l'obiettivo di sviluppare le loro capacità residue, stimolandoli a conservare il più a lungo possibile la loro indipendenza.

Il contesto istituzionale dovrà pertanto essere organizzato non soltanto per curare deficit funzionali, ma anche per promuovere le situazioni atte a potenziare le capacità dei residenti, in modo da trasformare il circolo vizioso della dipendenza in un "circolo virtuoso dell'autonomia".

³ A.Censi, *Per un circolo virtuoso dell'autonomia degli anziani* – in *Animazione Sociale*, Agosto-Settembre 2000, 62

(Fig.2)⁴



Una diagnosi globale delle patologie senili (il modello della valutazione multidimensionale è un ottimo strumento se inserito in questo contesto) e la predisposizione di trattamenti appropriati offre all'anziano la possibilità di continuare una esistenza soddisfacente. Se a questi elementi si aggiungono uno spazio abitativo adeguato e un sistema di alimentazione, di cura della persona e di trasporto efficienti, l'anziano vivrà in una condizione di sicurezza. Attraverso interventi di natura sociale potrà assumere nuovi ruoli, partecipando ad attività di carattere creativo o collaborando con il personale della casa. Infine, attraverso interventi di tipo educativo, potrà continuare a sentirsi una persona in divenire, perseguendo obiettivi di sviluppo individuale.

Il lavoro di sviluppo delle capacità residue dunque potenzia l'autonomia della persona anziana, e tutto questo si traduce in un ampliamento per la persona della possibilità di compiere delle scelte, cioè di essere ancora protagonista attivo della propria vita, anche in età molto avanzata ed in situazioni di limitazione delle risorse.

Ora tutto questo ha molto a che fare con la pratica di un programma di attività motoria che si proponga come obiettivo specifico il mantenimento delle capacità residue e la prevenzione rispetto al venir meno di tali capacità di autonomia. In riferimento al modello proposto nella figura 2 del circolo virtuoso dell'autonomia mi pare evidente il contributo sostanziale che un intervento di animazione motoria può dare in tutte e quattro le fasi del modello.

Lo stile di vita attivo e gli anziani: i principi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

Che una adeguata attività fisica sia una premessa indispensabile al benessere degli anziani, anche in tarda età ed in condizioni di disabilità, è ormai concetto risaputo e ampiamente dimostrato da copiosa letteratura scientifica; non intendo dunque soffermarmi su questa premessa. Ho ritenuto più utile riportare invece le conclusioni tratte dall'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS), che il 31 agosto del 1996, a Heidelberg, in Germania, ha pubblicato dei principi per promuovere l'attività fisica fra le persone anziane.

⁴ Idem, pag.67

Questi principi sono stati sviluppati da un consiglio scientifico composto da ricercatori del mondo intero, sotto la direzione del dottor Alexandre Kalache, responsabile della Sezione Invecchiamento e Salute della OMS.

Questo consiglio scientifico si era riunito in Germania, nel dicembre 1995, per redigere un lavoro preliminare che è stato ampiamente svolto affinché dei precetti venissero formulati, lavoro che è stato poi presentato alla comunità scientifica nel corso di un simposio in occasione del 4° Congresso Mondiale sull'Attività Fisica, l'Invecchiamento e lo Sport, che è stato tenuto appunto ad Heidelberg, nell'agosto 1996.

In seguito al riesame effettuato su questo testo durante il simposio, i principi sono stati revisionati e una versione finale è stata presentata nel corso della cerimonia di chiusura del congresso.

All'inizio del congresso il Dottore Kalache ha sottolineato che questi principi sono stati sanciti allo scopo d'essere distribuiti alle differenti organizzazioni governative e non, accademiche e sociali.

Il Dottor Kalache ha anche indicato che questi principi rappresentano una posizione chiara dell'OMS rispetto all'importante ruolo della pratica regolare di una attività fisica come fattore di salute durante il corso dell'età.

Questi principi non cercano di fare una rivista dettagliata di letteratura o un manuale pratico sul modo di praticare un'attività, quanto piuttosto di stabilire un consenso che richiami succintamente perché l'Organizzazione Mondiale della Salute ha scelto di avvalorare l'idea che l'attività fisica regolare debba fare parte integrante della vita quotidiana delle persone anziane: questi principi infatti non sono stati scritti principalmente per degli scienziati, ma per una grande varietà di persone interessate, tra queste, in primo luogo, le persone anziane stesse.

L'Organizzazione Mondiale della Salute ha offerto questi principi al dominio pubblico, ed essi possono dunque essere liberamente copiati e distribuiti.

Non potendo qui riportare integralmente il testo elaborato dall'OMS per motivi di spazio, si rimanda ad una lettura diretta dello stesso, che resta un punto di riferimento fondamentale in materia da cui trarre ispirazione per impostare il nostro lavoro. Citerò soltanto la parte relativa agli anziani in condizioni di svantaggio. Nel paragrafo "Attività fisica e sport per tutti" troviamo i seguenti concetti:

"Le persone possono iniziare ad apprezzare l'attività fisica a qualunque età e a raccoglierne i benefici. Svolta regolarmente, essa produce dei miglioramenti fisici, psicologici, sociali, e culturali significativi negli individui di tutte le età, includendo persone aventi dei limiti e delle incapacità particolari.

Certi individui o gruppi hanno dei bisogni specifici che possono necessitare di esigenze particolari che dovranno essere soddisfatte per migliorare l'efficacia a lungo termine dell'attività fisica (ingressi speciali, riduzione degli ostacoli circostanti, programmi e equipaggiamenti modificati). L'applicazione di strategie, di politiche, e di programmi educativi devono tener conto dei bisogni e delle esigenze di questi cittadini.

Così, le necessità specifiche nell'attività fisica dovranno variare in funzione dello stato di salute dell'individuo.

Il livello dello stato di salute viene suddiviso nelle seguenti categorie:

Gruppo 3: Sani. Persone in buona salute che possono praticare regolarmente una attività fisica appropriata e non hanno limitazioni nei movimenti quotidiani

Gruppo 2: Non sani indipendenti. Anziani in salute fisica non buona, ma indipendenti; questi individui non praticano un'attività fisica adeguata. Se vivono in maniera indipendente corrono grossi rischi di sviluppare molte malattie croniche che peggioreranno la loro indipendenza.

Gruppo 1: Non sani dipendenti. Anziani in situazione di cattiva salute, che non sono più in grado di vivere in maniera indipendente per ragioni fisiche e psichiche varie. Un'attività fisica appropriata può migliorare in maniera significativa la qualità della vita ed aiuta a ritrovare l'indipendenza per certi compiti. "

Le “APA”: Attività fisiche adattate

L'APA è un “termine ombrello” usato a livello mondiale, che comprende un'area interdisciplinare di competenze che includono ambiti come l'educazione fisica, l'animazione, la danza, lo sport, il fitness e la riabilitazione per persone con svantaggi nell'arco della vita. L'APA combina informazione e ricerca trovando dalle scienze dello sport e del movimento alcune sotto-discipline (come la biomeccanica, la psicologia dello sport, la pedagogia dello sport ecc.) così come da altre aree scientifiche (medicina, scienze della riabilitazione, psicologia, ecc.) e occupandosi dell'attività fisica e dello sport in relazione a persone con differenti necessità, specialmente individui con disabilità.

L'APA è un corpo di conoscenze interdisciplinari dirette verso:

- l'identificazione e la soluzione di problemi motori attraverso l'arco della vita;
- lo sviluppo e l'aumento di teorie in supporto dell'accesso allo sport e ad uno stile di vita attivo;
- l'innovazione dei servizi cooperativi di distribuzione casa-scuola-comunità.

Questa definizione chiarisce che l'attività fisica adattata non concerne esclusivamente la popolazione che storicamente è stata classificata come “disabile” o “speciale”. Piuttosto oggi l'accento viene posto sulle differenze individuali e sulle interazioni ambientali che si manifestano sotto forma di impegno fisico, mentale, sociale od emozionale che influenzano il conseguimento di uno stile di vita attivo e in salute, e di tempo libero, integrazione e inclusione.

Inoltre l'APA non è solo un termine usato per descrivere un corpo di conoscenze interdisciplinari, ma anche una cornice teorica di ricerca e di strategie per fornire programmi di attività fisica.

La metodologia usata in APA copre tutti i tipi di approcci metodologici che includono le scienze naturali e sociali. La metodologia di ricerca adeguata viene scelta all'interno delle sotto-discipline delle scienze dello sport e del movimento. E' importante notare che metodologie “alternative” (studi di singoli casi, qualitativi) vengono usate più che in molte altre discipline, al fine di indirizzare la notevole eterogeneità tra gli individui con disabilità che partecipano agli studi di ricerca.

- Le applicazioni pratiche nell'area delle APA sono dirette verso il miglioramento nella qualità di vita delle persone al di là dei tipi di disabilità e dell'età

Negli sport ad alti livelli le APA si occupano di temi relativi alle Paraolimpiadi come: classificazione, integrazione e inclusione, performance sportiva, media, equità, incidenti sportivi, solo per nominarne alcuni. Le APA si occupano anche di riduzione delle barriere alla partecipazione sportiva, di rieducazione in attività fisica dopo aver conseguito una disabilità e degli effetti dell'esercizio in abbinamento con specifiche disabilità e condizioni.

Le APA e gli anziani

Alla luce di quanto esposto nelle informazioni generali risulta già evidente il forte collegamento tra l'impostazione metodologica e pratica delle APA e qualunque intervento diretto ad avvicinare il mondo degli anziani e uno stile di vita più attivo. L'anziano, e nello specifico di questa trattazione, il grande anziano residente in una struttura protetta è molto spesso una *summa* delle condizioni psico-fisiche di disabilità che richiedono un intervento adattato.

Non va inoltre dimenticato il fatto che il concetto stesso di APA si è sviluppato in Canada a metà degli anni 70 proprio a partire dalle riflessioni di Clermont Simard sul miglioramento delle condizioni di salute e di vita delle persone anziane, e ancora oggi il “modello canadese” è sicuramente il più avanzato e completo.

Per concludere, ritengo che la filosofia APA sia il quadro teorico ideale in cui inscrivere interventi di animazione motoria per anziani in strutture protette, sia per i concetti di riferimento che per i modelli scientifici di ricerca e di sperimentazione.

2 - STRUTTURARE UN INTERVENTO DI ANIMAZIONE MOTORIA IN CASA DI RIPOSO

COSA SI INTENDE PER “ANIMAZIONE MOTORIA”

Alla luce di quanto esposto finora arriviamo a formulare le seguenti domande, correlate tra loro:

- cosa può contribuire a rendere un istituto per anziani un luogo dove essi possano sentirsi “a casa”?
- come fare perché si sentano il più possibile “abitanti” di quella casa, e non “residenti”, o solo “ospiti della struttura”, oppure “utenti del servizio”, quando non addirittura “ricoverati”, “pazienti”, “assistiti”?

La domanda è semplice, la risposta è complessa.

In diversi anni di esperienza in questo territorio così appassionante e allo stesso tempo difficile mi sono data una serie di risposte, sicuramente incomplete e frammentarie, che in parte fuoriescono dall’ambito di questa breve trattazione, perché riguardano aspetti sociali e culturali sul nostro modo di interpretare la vecchiaia, la malattia e la morte.

Ma c’è una parte della risposta che invece ha molto a che fare con chi si occupa della motricità delle persone anziane; abbiamo già parlato nella sezione precedente del “circolo virtuoso dell’autonomia” in contrapposizione al “circolo vizioso della dipendenza” e di come il secondo venga rinforzato da un accento posto esclusivamente sui bisogni assistenziali della persona, mentre per potenziare il primo occorre inserire strategie di reale coinvolgimento degli anziani nelle scelte della loro vita all’interno del luogo dove vivono.

Non si tratta di astratte dichiarazioni di principio, ma di percorsi nuovi e coraggiosi, peraltro già sperimentati nel Nord Europa ed in America, dove esiste persino una *Retirement Research Foundation*, una fondazione afferente ad un sindacato di pensionati americani, che ha condotto un piano articolato di ricerche sulla valorizzazione dell’autonomia personale nelle residenze sanitarie⁵.

L’ampliamento dell’autonomia degli anziani nelle case di riposo è realisticamente perseguibile nei contesti istituzionali in cui il personale adotta a tutti i livelli un approccio che gli anglosassoni definiscono *empowering* e che potremmo tradurre in “approccio potenziante”.

Questo concetto costituisce uno dei cardini della moderna cultura dei servizi alla persona: un soggetto *empowered* è un individuo che utilizza pienamente le risorse di cui è dotato, quali esse siano, per incidere efficacemente sulle situazioni di vita.

Al contrario, un soggetto *depowered* è un individuo che sente di non poter influenzare le situazioni di vita, che si rassegna e tende a perdere lucidità nell’orientamento dell’azione e nella motivazione.

L’approccio potenziante nei confronti di un anziano fragile muove dunque dal presupposto che se la fragilità riguarda, ad esempio, il corpo della persona, gli interventi non sono rivolti solo a guarire o a rimuovere ad ogni costo le patologie o le incapacità fisiche o funzionali, ma ad assistere e a prendersi cura della persona nella sua globalità ed unicità, cercando di offrirle condizioni ambientali e proposte di vita funzionali al mantenimento e allo sviluppo delle capacità residue.

Ancora un punto fondamentale è che l’obiettivo prioritario dell’organizzazione del servizio più che la qualità delle cure è la qualità delle relazioni di cura.

⁵ Antonio Censi – *Per un circolo virtuoso dell’autonomia degli anziani* – in :*Animazione Sociale*, 2000 Agosto/Settembre, 61

E' ovvio che coinvolgere l'anziano e stimolarlo ad eseguire da solo i compiti di vita quotidiana che ancora può svolgere non è facile né da parte dell'organizzazione della struttura (è molto più veloce vestire un anziano con difficoltà motorie o lavarlo o trasportarlo su una carrozzina piuttosto che aiutarlo mentre cerca di vestirsi da solo, di lavarsi o di camminare) e spesso incontra resistenze anche da parte dell'anziano stesso, che magari è rassegnato da tempo ad essere "gestito" da altri. Gli interventi in questo senso risultano particolarmente infruttuosi se poi l'anziano ha davanti a sé la prospettiva di passare tutta la sua giornata in una stanza davanti alla televisione o nella più totale inattività.

Solo l'offerta di ruoli sociali all'interno della struttura e la partecipazione ad attività di gruppo più o meno organizzate può offrire ai residenti opportunità di scelta e di decisioni: se davvero ci sono queste reali opportunità sulle quali esercitare di volta in volta adesione oppure rifiuto allora può rimettersi in moto il meccanismo della motivazione al mantenimento e all'esercizio dell'autonomia residua.

Se dunque l'anziano è posto in condizione di impegnarsi in qualche attività di sua scelta durante la giornata, e se le attività proposte risultano stimolanti e "a misura", allora le motivazioni a fare da solo si amplieranno notevolmente: una persona soddisfatta e interessata a qualche attività è anche più desiderosa di alzarsi e vestirsi ogni mattina⁶.

In più di venti anni di attività l'Associazione con la quale collaboro ha verificato nella pratica come dei corsi di ginnastica di gruppo a cadenza bisettimanale possano rappresentare un importante contributo alla realizzazione di quel salto di qualità che può rendere un anziano che vive gli ultimi anni della sua vita in una casa di riposo un po' più abitante di quella casa e un po' meno ricoverato.

Amo definire "gruppi di animazione motoria" queste esperienze, proprio perché muovere il corpo significa mettere in movimento anche l'anima: per questo nei prossimi paragrafi la trattazione parte dalla metodologia e dalla pratica della geromotricità per allargarsi al concetto di animazione, per attraversare il territorio della riabilitazione, della ginnastica dolce, della psicomotricità e della musicoterapia, alla ricerca di azioni e di interpretazioni comuni che rendano sempre più profondo, più bello ed efficace il contributo che un insegnante di educazione motoria può dare in questo delicato lavoro.

LA GEROMOTRICITA' IN ISTITUTO

un metodo di attivazione psico-motoria per la quarta età

La geromotricità è una metodologia di movimento, specificamente studiata per la persona anziana. Nasce e si sviluppa a Torino intorno alla fine degli anni Settanta, ad opera di un piccolo gruppo di insegnanti di educazione fisica, come riflessione ed approfondimento scientifico e teorico a seguito della loro esperienza nel campo dell'educazione motoria con gli anziani sul territorio torinese, e a seguito di confronti con esperienze e riflessioni analoghe maturate all'estero.

Si tratta di una proposta motoria globale, preventiva, di gruppo, finalizzata al mantenimento dello stato di salute e al miglioramento della qualità di vita dell'anziano, anche in situazione di grave disabilità.

Fin dall'inizio infatti i campi di applicazione della geromotricità sono stati sia i corsi organizzati presso palestre o centri di incontro e rivolti ad anziani autosufficienti (terza età), sia le esperienze presso alcune case di riposo e rivolte a gruppetti di ospiti, anche in condizioni di non autosufficienza: la geromotricità ha incontrato dunque tutto il complesso e variegato mondo della cosiddetta "quarta età", dimostrandosi nel corso degli anni un valido strumento di attivazione psico-fisica.

⁶ Idem, 68

L'incontro partiva da presupposti promettenti: la geromotricità è infatti una filosofia di movimento basata sul principio che l'attività motoria consapevole è un importante canale di attivazione o riattivazione della presenza anche psichica della persona, e che questo collegamento profondo con il proprio "esserci" è possibile a tutte le età ed in tutte le situazioni: muovere meglio il proprio corpo, aiutandosi con una attività motoria appropriata, che sappia essere adattata con sensibilità, intelligenza e competenza tecnica ai limiti ed alle possibilità di ciascuno può diventare una fonte importante di benessere da trasferire come abitudine di vita a tutti gli aspetti della quotidianità.

Come è facile intuire, tutto questo rientra a pieno nell'ottica preventiva e multidisciplinare della nuova geriatria, che sta finalmente superando l'interpretazione del concetto di salute in senso unicamente "clinico", andando sempre più verso un modello rispettoso della persona nella sua interezza e globalità.

In questa sezione della presente trattazione vengono dunque riportati e commentati i principi fondamentali di tale metodologia, corredati da schede di esempi pratici. Tutta la documentazione è tratta dalla dispensa "*Intervento motorio di geromotricità per ospiti in case di riposo*" a cura delle professoresse Cesarina Minasso e Ada Piccolo.

Desidero precisare che nel corso della mia ricerca ho trovato solo alcune proposte strutturate di intervento motorio rivolti ad anziani in istituto, per lo più afferenti da aree limitrofe a quella della ginnastica preventiva, e che verranno descritte in seguito, ma non ho trovato nessuna trattazione metodologica analoga a questa. Mentre in questi ultimi decenni si è sviluppata una notevole letteratura intorno al tema delle attività motorie per gli anziani della cosiddetta terza età, anche per ovvi motivi di interesse economico, ancora manca una attenzione a questo delicato settore.

La metodologia

Nell'ottica di un intervento finalizzato a prevenire o a ritardare i danni sempre più invalidanti dell'invecchiamento anche nella quarta età, la geromotricità propone degli obiettivi intermedi rivolti al miglioramento, al mantenimento, al recupero globale delle potenzialità residue del grande anziano.

Nella tabella seguente sono riassunti i quattro punti essenziali della metodologia:

a) RISVEGLIARE - MANTENERE LA PRESENZA PSICHICA

padronanza di movimento

attenzione- memoria

prontezza di riflessi

b) RECUPERARE - MANTENERE L'AUTONOMIA ESSENZIALE

arti superiori

arti inferiori

equilibrio

c) ATTIVARE - FAVORIRE LE FUNZIONI PRIMARIE

respiratoria

circolatoria

uro-intestinale

d) STIMOLARE - FAVORIRE LA SOCIALIZZAZIONE

identità personale

gruppo

interrelazione

A) Presenza psichica

Per precisare il significato di questa finalità sono opportune due considerazioni:

1 - la fisiologica involuzione senile, la frequente compresenza di patologie cerebrali, circolatorie e sensoriali, talora aggravate da forme di rifiuto alla vita, possono determinare casi di vera e propria "assenza mentale";

2 - l'efficacia di un movimento dipende anche e soprattutto dalla consapevolezza dello stesso da parte di chi lo esegue, affinché l'azione motoria non si riduca ad una momentanea sollecitazione muscolo-articolare, ma rientri e rimanga nel bagaglio ideomotorio.

Per questo è importante iniziare ogni lezione con esercizi di stimolazione che richiedano l'impegno delle facoltà mentali al fine di risvegliare e mantenere la presenza psichica mediante esercizi di padronanza di movimento, di coordinazione e di reazione.

Per poter utilizzare al meglio le proprie potenzialità al fine di mantenere il massimo di autonomia, è importante la padronanza dei movimenti e per questo si propongono esercizi che richiamino l'esatta cognizione dello schema corporeo e richiedano la coscienza dell'azione motoria necessaria.

Proporzionalmente alla capacità di risposta del gruppo le proposte diventano progressivamente più complesse, nell'intento di stimolare capacità logiche e collegamenti razionali.

B) Autonomia essenziale

Per autonomia essenziale s'intende la capacità di soddisfare i bisogni primari di alimentazione, di igiene personale, di utilizzo dei servizi, di spostamento, anche con ausili.

Per questo l'attività viene sempre svolta con costante riferimento al quotidiano e gli esercizi non sono mai fini a se stessi, ma motivati ad un utilizzo concreto.

Lo sviluppo di questo punto programmatico tiene conto del concetto di prevenzione primaria e secondaria: in qualsiasi condizione si trovi la persona anziana, è possibile e necessaria un'azione preventiva rivolta al mantenimento della situazione in essere.

Nel grande Anziano il grado di autosufficienza è compromesso dal sommarsi di più fattori fisiologici degenerativi, dalla frequente compresenza di patologie osteoarticolari e circolatorie, da postumi di fratture o di ictus, nonché dall'impoverimento ideo-motorio condizionato anche dall'ambiente ipocinetico.

Con esercizi piccoli, ma progressivi e mirati alla scioltezza articolare, al trofismo muscolare e all'equilibrio si ottengono benefici il cui riscontro è lo sprone alla frequenza ai corsi di ginnastica.

C) Funzioni fisiologiche primarie

Nei soggetti ipocinetici, la sollecitazione sistematica delle grandi funzioni determina risultati positivi evidenti, soprattutto se si educa ad un utilizzo consapevole dei movimenti che favoriscono la funzione stessa. In particolare ci si propone di attivare e favorire le seguenti funzioni:

Funzione respiratoria

Se valutiamo la situazione strutturale e funzionale dell'apparato respiratorio dell'anziano comprendiamo come sia più redditizio iniziare l'atto respiratorio dall'espiazione: visualizzare l'aria che esce permette all'anziano di ottenere un ricambio di ossigeno profondo, di rendersi conto successivamente dell'aria che automaticamente entra nei polmoni, di prendere coscienza della propria respirazione, di imparare ad utilizzarla anche volontariamente in modo completo e corretto. L'espiazione è favorita da movimenti di chiusura e l'inspirazione è la conseguenza automatica di un buon svuotamento.

Funzione circolatoria

Con strategie diverse, anche con l'utilizzo di attrezzi, si sprona l'anziano a percepire sensazioni, a provarle, a prendere coscienza del loro significato e a manifestarle.

Funzione uro-intestinale

La sollecitazione anche blanda della muscolatura del cingolo pelvico, specie nei soggetti che conducono una vita ipocinetica, determina un massaggio intestinale che stimola la peristalsi.

Gli esercizi di contrazione delle fasce perineali aiutano a prevenire e migliorare l'incontinenza.

D) Socialità

Star bene con se stessi per stare bene con gli altri significa prendere atto della propria fisicità con le sue potenzialità e i suoi limiti, far riemergere la propria identità personale e integrarla nell'insieme, stabilire relazioni di reciproca accettazione, rispetto, amicizia, per migliorare la qualità della vita in qualsiasi condizione sia vissuta. La socialità può essere stimolata aiutando la persona anziana a ritrovare la propria identità personale, anche attraverso il confronto col gruppo e lo stabilire nuove relazioni.

L'anziano arriva in Istituto con la sua storia, i suoi interessi, i suoi bisogni in un contesto in cui, per esigenze di gestione, si privilegia "l'utenza" piuttosto dell'"utente", l'individualità viene sacrificata, mettendo in crisi, nel tempo, l'identità stessa della persona.

In un intervento rivolto alla "difesa" dell'identità del singolo, è importante anzitutto stimolare il riconoscimento del "sé", anche nel rapporto con "l'altro", aiutare il recupero dell'autostima mediante proposte che valorizzino le capacità residue, educando al loro utilizzo ottimale.

Criteri di applicazione

La metodologia della geromotricità prevede alcuni importanti principi di applicazione, frutto del confronto con l'opinione di geriatri e fisiatristi e dell'esperienza ventennale:

- il lavoro proposto NON deve richiedere un dispendio energetico che alteri il ritmo cardio-circolatorio.
- gli esercizi devono sempre essere eseguiti in duplice "garanzia di sicurezza": sicurezza immediata per prevenire incidenti o disagio durante la lezione, sicurezza secondaria per evitare conseguenze anche di ordine psicologico, emergenti in seguito alla lezione.
- gli esercizi devono essere sempre motivati anche dal punto di vista funzionale, con una spiegazione a misura di "utente", al fine di far riconoscere il significato di movimenti apparentemente banali.
- le proposte devono essere quanto più originali, trainanti, coinvolgenti, al fine di stimolare una risposta motoria attiva e partecipe da parte di ciascun anziano.

L'importanza dell'operatore

In geromotricità, la conduzione di tutta l'attività e lo svolgimento di ogni lezione dipendono dall'operatore. Il suo ruolo è complesso, perchè comprende sia la figura del "tecnico" competente, professionalmente preparato, sia la figura dell'"animatore", ricco di carica vitale e di entusiasmo, capace di coinvolgere totalmente l'anziano, anche con strategie non strettamente ginnastiche.

Attento al singolo e al gruppo, l'insegnante ricerca un rapporto empatico ed è attento alla ricezione dei feed-back; parla a voce alta e scandita, stimolando di continuo la partecipazione attiva; utilizza una terminologia facile ma corretta, spiegando le finalità degli esercizi e stimolando l'autocorrezione; sa "mettersi al fianco" con calore umano, senza false sdolcinature, utilizzando la motricità quale mezzo per far riemergere dalla memoria del tempo l'identità personale di ciascuno.

3 - IL CONFRONTO CON GLI ALTRI APPROCCI

In questa parte si intende dare una panoramica generale sugli altri approcci relativi al binomio “anziani” e “movimento”. Il territorio è molto vasto, e le aree si intersecano tra loro, ma solo dal confronto tra esperienze e prospettive diverse ma confinanti tra loro è possibile recuperare informazioni valide, per allargare e consolidare la propria professionalità e rendere realmente efficace il proprio operato.

L' ANIMAZIONE

“Gli antropologi descrivono una condizione, presso i popoli cosiddetti primitivi, chiamata “perdita dell’anima”, in cui l’individuo è estraniato da sé, non riesce più a ritrovare il contatto, né all’esterno, con gli altri esseri umani, né all’interno, con se stesso. E’ incapace di partecipare alla vita sociale, ai riti e alle tradizioni: sono cose morte per lui e lui è morto per loro. Il legame con la famiglia, con il totem e con la natura è scomparso. Finché non si riappropria della sua anima, quell’uomo non è più veramente umano. E’ “assente”, è come se non avesse mai ricevuto l’iniziazione, non avesse mai ricevuto il nome, come se non fosse mai veramente nato. [...] Un giorno al Burghoelzli, il famoso ospedale di Zurigo dove hanno visto la luce le parole “schizofrenia” e “complesso”, assistetti al colloquio psichiatrico con una paziente. Era vecchia e debole e stava sulla sedia a rotelle; diceva di essere morta, perché aveva perduto il cuore. Lo psichiatra le fece appoggiare la mano sul petto, al posto del cuore: se poteva sentirlo battere, disse, significava che l’aveva ancora. “Questo” rispose la donna “non è il mio vero cuore”. Paziente e psichiatra si fissarono in silenzio: non c’era altro da dire. Come l’uomo primitivo che ha perduto l’anima, quella donna aveva perduto il legame di amore e di coraggio con la vita; ed è quello il cuore vero, non l’organo che può continuare a pulsare anche isolato in un flacone di vetro”.⁷

Secondo il dizionario, “animazione” nella lingua italiana possiede due significati; il primo concerne l’attività o le proprietà di un soggetto relativamente al conferimento di anima, movimento o calore nei confronti di un altro soggetto, che può essere attivo ma anche passivo. Questo è il significato che in qualche modo prevale nel modello tradizionale delle cosiddette attività di animazione o di ricreazione, dove si sottolinea l’azione intenzionale del soggetto che anima verso soggetti che ricevono.

Il secondo significato fa riferimento a un luogo o ad una situazione dove ci sono movimento, folla, rumore, vivacità. Dire ad esempio: “in quel posto c’è animazione” rende l’idea di un luogo frequentato e dove c’è vita.

Se dunque proviamo a fare interagire le due aree semantiche troviamo che la parola animazione più che a una definizione ci conduce ad una immagine: c’è animazione ogni qualvolta si danno o si favoriscono movimento, scambio, incontro, attività, discussione, insomma relazioni tra più soggetti insieme.⁸

Fare animazione con gli anziani dunque vuol dire non solo e non tanto riempire il tempo vuoto con un calendario settimanale di proposte ricreative che tengano occupati i “vecchietti” sviandoli dai pensieri depressivi, che diano buon nome alla casa di riposo e contemporaneamente tranquillizzino i parenti, quanto operare sulla complessità della persona e del suo rapporto con l’ambiente al fine di migliorare la qualità di vita dei residenti, proporre loro di costruire insieme una immagine di sé diversa dallo stereotipo dell’anziano in cui spesso la società e la persona stessa si relega, aiutarli a

⁷ James Hillman – *Fuochi blu* – 1996 Adelphi Milano,35

⁸ Paola Molinatto – *Quale cultura delle politiche e delle pratiche con gli anziani?*, in: *Animazione Sociale*, Ottobre 2000, 38.

liberarsi dall'apatia per riaprirsi agli altri e per richiamare su di sé l'attenzione della comunità. Per questo l'animazione va considerata una pratica sociale che ha anche valenze terapeutiche, attraverso la quale la persona anziana può ancora esprimere le capacità sopite e mantenere attive quelle ancora disponibili.

L'intervento di animazione mira ad interrompere il circolo vizioso del disagio psico-fisico che crea un giudizio sociale negativo e che a sua volta aggrava il disagio, ristabilendo un "circolo di benessere".(Palmisano 1990)

L'animazione assume una valenza terapeutica quando favorisce l'instaurarsi di uno scambio positivo tra l'anziano e il mondo in cui vive: se l'ambiente che circonda la persona anziana è ricco di stimoli interessanti allora sarà più facile la conservazione dei processi cognitivi, della sfera emotiva ed affettiva, della motricità e della manualità. Questo significa che le attività devono risultare interessanti e congeniali alle sue capacità residue e restituire un senso di utilità.

Affinché l'animazione possa esprimere tutte le sue potenzialità è necessario che al centro ci sia l'utente, piuttosto che le attività; questo richiede che l'animatore sia in grado di adattare le sue competenze e le sue tecniche alla situazione, partendo da una reale e profonda conoscenza dell'altro, ottenibile solo se il punto di partenza è il dialogo.

Obiettivi di un intervento di animazione in una residenza per anziani

Vagliando e classificando il materiale che ho consultato mi pare possibile distinguere alcune aree di intervento specifiche, che naturalmente risultano del tutto interdipendenti tra loro:

obiettivi centrati sulla persona:

- ❖ migliorare il benessere della persona, sviluppando le possibilità di espressione, la dimensione del desiderio, la creatività, la manifestazione di emozioni e di affetti;
- ❖ stimolare le abilità manuali, favorire il rilassamento e migliorare il tono dell'umore;
- ❖ favorire la consapevolezza dei propri bisogni e delle proprie attitudini, anche come incentivo al recupero o al mantenimento dell'autonomia;
- ❖ rallentare e prevenire il decadimento psico-fisico riattivando le capacità sensoriali, le funzioni cognitive e le capacità socializzanti;

obiettivi centrati sull'ambiente:

- ❖ creare un ambiente favorevole in cui l'anziano possa sentirsi a proprio agio e in cui trovi spazio e sostegno la crescita e lo sviluppo delle potenzialità di ciascuno;
- ❖ contrastare e, se possibile, recuperare il senso diffuso di immobilità, di disagio e la passività di molti anziani;
- ❖ se correttamente intesa può creare un ponte tra l'assistenza sanitaria, i servizi alberghieri, le famiglie e gli anziani stessi, ponendosi come un punto di ascolto e di scambio tra la persona e i servizi della struttura.

Prendendo spunto dalla relazione di una attività effettuata presso una casa di riposo nel biellese mi piace riportare anche i seguenti obiettivi, che possono essere definiti:

obiettivi a valenza sociale:

- ❖ favorire la partecipazione degli anziani nelle decisioni che li riguardano maggiormente;
- ❖ favorire la socializzazione tra gli anziani, con i familiari, con l'esterno (scuole, associazioni, centri di incontro, ecc);
- ❖ favorire il collegamento con l'esterno, sia in senso ambientale (gite e visite) sia in senso storico-sociale (lettura e commento giornali, ecc).

Le competenze dell'animatore

Alla luce della vasta letteratura di settore mi pare che il tratto fondamentale di un animatore in una struttura per anziani debba essere una grande flessibilità e una apertura di cuore e di mente: occorre saper mettere in discussione tutti gli

stereotipi che circondano la vecchiaia, le rigidità delle istituzioni, la tendenza a dare per scontate le cose, per sapersi avvicinare, rispettosamente ma con autenticità, all'anima della persona anziana, utilizzando consapevolmente sia le tante tecniche a disposizione, sia le semplici occasioni del quotidiano. Troppo spesso l'animatore è visto come un organizzatore di mille attività, un "trascinatore" di allegria spesso forzata.

All'animatore sono richieste conoscenze psicologiche, sociologiche, tecniche e riabilitative in senso generale, e la capacità di realizzare una programmazione delle attività in collaborazione con le altre figure professionali e tenendo conto delle inclinazioni personali degli anziani e delle disponibilità ambientali.

Le attività di animazione

Abbiamo più volte sottolineato come l'animazione non sia solo una occasione di incontro ludico teso a coinvolgere gli anziani e a riempire loro i "vuoti" di un tempo che scorre lentamente e senza stimoli. Questa visione è ancora largamente diffusa e sottende molte delle pratiche animative che vedo svolgere nelle case di riposo sia a livello di volontariato e sia, ed è più grave, delle figure professionali preposte; ma almeno a livello teorico tale visione è stata ampiamente rivista e lentamente si sta facendo strada nella consapevolezza di chi opera a vario titolo nel settore, richiedendo degli sforzi di collaborazione tra tutti al fine di progettare una vera programmazione dell'animazione capace di trasformare, certo lentamente e attraverso tanti problemi da affrontare insieme, un istituto in una casa e gli anziani da ospiti ad abitanti. Non è questa la sede adatta per effettuare una analisi delle principali tecniche e pratiche animative, e mi limiterò dunque ad un elenco, precisando però che, come per tecniche di riabilitazione fisica e cognitiva come la Terapia Occupazionale oppure la ROT possono esserci interventi strutturati e altri del tutto informali, inseriti nella quotidianità in tutti i suoi aspetti.

Le attività strutturate che ho trovato nel corso della mia ricerca sono:

- Laboratori di attività manuali
- Laboratori di attività espressive
- Musica e canto (ascolto e produzione)
- Gruppi di lettura e commento dei giornali
- Gruppi di dialogo
- Laboratori sulle storie di vita
- Giochi di società
- Organizzazione di feste
- Gite e visite
- Scambi intergenerazionali
- Redazione del giornalino
- Danza e ginnastica
- Conferenze, film, diapositive

LA RIABILITAZIONE FISICA GERIATRICA

La riabilitazione fisica geriatrica *"può essere definita come il trattamento medico più la prevenzione, il recupero più l'adattamento e l'educazione del paziente. L'adattamento si riferisce agli effetti irreversibili dell'invecchiamento normale e patologico e richiede l'educazione del paziente e della famiglia. L'equipe può insegnare queste tecniche al paziente o educare la famiglia, a seconda delle possibilità di apprendimento del paziente.*

Una seconda componente della riabilitazione geriatrica è la prevenzione della disabilità ed il recupero funzionale. Molte disabilità presentano una componente reversibile ed una irreversibile. L'esercizio può essere impiegato per prevenire o per neutralizzare gli effetti del disuso determinato dall'inattività o da un incidente. [...] Questo disuso può essere evitato con la riabilitazione preventiva. Il concetto di prevenzione va ampliato, così da includere tutti i pazienti geriatrici secondo il principio dell' use it, or lose it.

Il trattamento medico della disabilità è la terza componente essenziale della riabilitazione geriatrica. Il trattamento va attuato quando è possibile curare il danno, o stabilizzare il processo morboso se non è possibile curarlo. Molte delle disabilità del soggetto anziano sono croniche ed incurabili, ma trattabili in modo da prevenirne o ritardarne la progressione, le complicanze e le disabilità associate.”⁹

Da questa premessa risulta evidente che il campo riabilitativo geriatrico tradizionalmente inteso è essenzialmente territorio terapeutico. Ma se da una definizione astratta proviamo a calarci nella dimensione operativa di intervento di riabilitazione per anziani residenti in case di riposo, allora necessariamente la parola “riabilitazione” dovrà assumere un significato allargato. Vediamo perché.

L'insieme dei servizi prestati in una struttura residenziale per anziani comprende tradizionalmente tre sfere di azione:

- assistenziale
- curativa
- riabilitativa

La dimensione riabilitativa è orientata al recupero ed al mantenimento del massimo livello possibile di autosufficienza, a preservare ed incrementare al meglio l'autonomia individuale ed il benessere soggettivo dell'ospite.

Essa ha anche un valore preventivo, poiché contribuisce a stabilire e a ritardare la progressione della patologia cronica e a prevenire talune patologie acute.

Spesso a causa dell'urgenza delle prime due sfere citate, la sfera riabilitativa viene sottodimensionata, ma in realtà i tre aspetti risultano inscindibili.

Se alcuni dei problemi dell'anziano richiedono un intervento riabilitativo di tipo tradizionale (rieducazione funzionale, logopedia,...), la maggior parte dei problemi possono trarre beneficio da interventi multipli da parte di varie figure professionali (medici, terapisti della riabilitazione, terapisti occupazionali, psicologi, animatori, educatori, insegnanti) e anche di volontari, amici e parenti, purché opportunamente guidati, che operano in modo integrato e sinergico in un “ambiente riabilitante”.

Sono soprattutto gli anziani afflitti da una perdita multipla delle funzioni (e questa è praticamente la maggior parte degli anziani) quelli che possono maggiormente trarre beneficio da un intervento riabilitativo integrato.¹⁰ Questo significa anche che la divisione tra riabilitazione fisica e riabilitazione cognitiva in geriatria è una divisione in realtà inesistente, tanto che di fatto le competenze degli operatori di uno e dell'altro settore sono interdipendenti e spesso coincidono tra loro, come si vedrà nel caso della figura professionale del terapeuta occupazionale.

⁹ Felsenthal G , Stein B.D. – Principi di riabilitazione geriatrica,in: Braddom R.L., Medicina Fisica e Riabilitazione, Delfino Editore, 1292

¹⁰ AA.VV. – Atti del convegno: *Medicina riabilitativa in geriatria* – Opera Pia Crocetta, 8/3/97 – allegato I

La Terapia Occupazionale

Si definisce Terapia Occupazionale (di seguito TO) la tecnica terapeutica che utilizza attività finalizzate e selezionate, individuali e di gruppo, al fine di promuovere nella persona con disabilità (fisica, psichica, sensoriale) il massimo livello di autonomia fisica, sociale, psicologica.

La T.O. si propone di restituire un comportamento gestuale finalizzato, sviluppare nel paziente il senso di competenza e risvegliare risonanze affettive. Nel 1952 è stata definita da Grant come *un metodo attivo di trattamento con profonda giustificazione psicologica*, definizione generica ma che si attaglia ad una attività che, come vedremo, ha “tante facce e poche linee di demarcazione”.¹¹

In Italia la T.O. è ancora poco diffusa e praticata, basti pensare che la figura professionale del terapeuta occupazionale è stata ufficialmente riconosciuta solo nel 1997, con un ritardo abissale rispetto a moltissimi altri paesi, dove già da decenni ha assunto un ruolo di partner diretto ed indispensabile rispetto alla cinesiterapia, alla quale gradatamente subentra man mano che il trattamento riabilitativo procede: la T.O. infatti mette il paziente in condizione di tradurre i guadagni di mobilità e motilità acquisiti con la cinesiterapia in abilità funzionali a livello di attività della vita quotidiana e di indipendenza. Si può ritenere che mediamente il 70-80 % dei pazienti sottoposti a trattamento riabilitativo necessitino di T.O. ed è facile intuirne l'importanza in ambito geriatrico. Viene considerata utile con gli anziani che vivono nelle R.S.A., nelle case di riposo, a domicilio, al fine di conservare l'indipendenza nelle funzioni corporee e nelle capacità mentali e decisionali.

Un piano di trattamento di T.O. deve tenere conto di tutta la serie di sintomi che si presentano in relazione al quadro complessivo delle patologie dell'anziano e che possono determinare disfunzioni riguardanti la postura e il movimento, ma anche la capacità di percepire l'ambiente e di organizzarsi in modo sequenziale, al fine di eseguire un atto motorio finalizzato ed intenzionale.

Lo scopo del trattamento è dunque di potenziare, migliorare, stimolare la capacità di autonomia dei pazienti, intesa come abilità cognitiva, motoria e psichica mirante al soddisfacimento dei bisogni e degli interessi del soggetto inserito nel proprio contesto sociale.

L'intelligenza e la capacità cognitiva dipendono dall'abilità integrativa del cervello: i processi integrativi possono essere disturbati da una lesione del SNC, determinando una caduta delle capacità mnemoniche, di orientamento, di formulazione di un ragionamento astratto, tutti elementi che interferiscono con la capacità di apprendimento. Quindi se un soggetto è incapace di integrare le funzioni cognitive nell'azione, la sua capacità di apprendimento risulterà pertanto fortemente indebolita, con riflessi anche sulle potenzialità riabilitative.

Dal punto di vista psicologico il paziente affetto da tali patologie è confuso, sbalordito, spaventato e disorientato, condizioni che determinano comportamenti depressivi, demotivati o apatici e regressivi. Tali fattori comportano una limitata capacità ad eseguire dei compiti e una difficoltà a trasferire le abilità apprese da una situazione all'altra.

Naturalmente la motivazione del paziente a partecipare al programma riabilitativo è determinante, ma il recupero dipende anche dalla personalità prima dell'evento traumatico e dalla situazione passata e presente, ad esempio dall'atteggiamento della famiglia, quando presente, verso di lui e verso la sua minorazione.

Il piano di trattamento va elaborato attraverso una attenta valutazione delle capacità e incapacità, e adeguato ai bisogni individuali.

¹¹ Centro Maderna – La Terapia Occupazionale in Italia – I Quaderni della Compagnia di San Paolo - Introduzione di Aldo Tàmmaro, 9.

In particolare, per programmare un piano di T.O. efficace occorre una ampia valutazione multidisciplinare che comprenda:

- valutazione del grado di disabilità motoria e delle capacità residue,
- valutazione percettivo-sensoriale,
- valutazione neuropsicologica e psicomotoria,
- valutazione cognitiva,
- valutazione delle attività quotidiane (ADL).

L'osservazione del paziente nella sua organizzazione del tempo permette al terapeuta occupazionale di formulare un programma di addestramento abituale inteso come "abitudine di vita".

Gli obiettivi della T.O. possono dunque essere identificati nel:

- ripristinare la funzione fisica per quanto possibile aiutando il paziente ad adattarsi e/o compensare la perdita di funzionalità stimolando l'autonomia;
- contribuire a preparare il paziente ad una vita il più normale possibile;
- riacquistare la capacità di usare in modo appropriato e funzionale oggetti e strumenti necessari alle attività di vita quotidiana.
- Creare il gesto, inteso come insieme di movimenti finalizzati all'autonomia, e sviluppare le capacità creative nelle quali si associa al gesto l'ideazione, la programmazione, il controllo.
- Stimolare le attività di gruppo e la socializzazione, finalizzate a far sì che l'anziano possa interagire appropriatamente in situazioni sociali.
- Migliorare e mantenere le capacità percettive, l'attenzione, la concentrazione, la memoria, le capacità di giudizio mediante tecniche di riabilitazione cognitiva.

Per raggiungere tali obiettivi il programma riabilitativo tiene conto di metodiche di trattamento in relazione alle disfunzioni motorie, sensoriali, percettive e cognitive.

Il piano di intervento prevede le seguenti attività terapeutiche:

- attività neuromotorie con la tecnica di Bobath, Brunnstrom ecc., eseguite grazie a movimenti unilaterali, bimanuali e bilaterali in relazione alla fase di trattamento e all'obiettivo da raggiungere.
- Attività manipolatoria per stimolare e/o migliorare l'abilità motoria fine e la coordinazione oppure per rendere più funzionale l'abilità motoria residua.
- Attività che mirano ad allenare ed addestrare il paziente nella vita quotidiana con scelta e selezione degli ausili.
- Attività che mirano a compensare o risolvere o limitare i deficit relativi alle disfunzioni percettivo-motorie, problematiche che interagiscono in modo determinante nell'autonomia del soggetto.
- Attività per stimolare la memoria, l'orientamento il riconoscimento degli oggetti, il problem-solving, ecc.
- Attività di sostegno in funzione delle reazioni psicologiche all'uso degli ausili, degli aiuti tecnici e delle ortesi.
- Attività di addestramento ed allenamento alle attività domestiche in vista del rientro nella propria abitazione, o di vita quotidiana anche in caso di permanenza presso una struttura.
- Attività di valutazione del domicilio in funzione delle barriere architettoniche, della ricerca degli ausili e degli aiuti tecnici più consoni a permettere la maggiore indipendenza possibile.
- Attività di formazione e informazione dei familiari su tutto ciò che è indispensabile per l'autosufficienza del proprio congiunto.

Nel gennaio 2001 si è svolto a Milano un interessante convegno dal titolo *Recupero e tutela dell'autonomia personale del disabile e dell'anziano*, in cui sono stati presentati i risultati e le prospettive della T.O. in un sistema integrato di riabilitazione. Buona parte del convegno è stata dedicata al ruolo di tale strategia riabilitativa in ambito geriatrico, con l'illustrazione di alcuni progetti in corso d'opera presso strutture lombarde.

In particolare segnalò un progetto rivolto a pazienti anziani in RSA presso l'Istituto Redaelli di Vimodrone, progetto basato su un lavoro in equipe fin dalla sua progettazione, che prevede interventi di musicoterapia, arteterapia e gruppi cognitivi, a fianco delle attività di fisioterapia e di laboratorio manuale.

Uno screening iniziale, volto ad individuare per ogni paziente i bisogni e le risorse residue attraverso colloqui personali, ha permesso la suddivisione in gruppi. Per ogni anziano è stata approntata una scheda di osservazione relativa alla qualità di partecipazione alle attività e ad eventuali problematiche intercorse. In molti casi si sono evidenziate modificazioni del comportamento e delle relazioni tra gli anziani e una riduzione di alcuni farmaci, in particolare neurolettici. È stata approntata una nuova fase del progetto con l'individuazione di un gruppo di pazienti di controllo e di strumenti in grado di misurare l'entità dei cambiamenti.¹²

Altri interventi hanno presentato l'intervento di T.O. nel trattamento della demenza, con interventi specifici di stimolazione cognitiva, sensoriale, funzionale e sociale ottenuti anche attraverso attività motorie globali¹³ e un progetto di valutazione della qualità e dell'impatto della T.O. nei pazienti con ictus.¹⁴

LA RIABILITAZIONE COGNITIVA

Dagli studi longitudinali sull'invecchiamento cerebrale emerge che l'età è la rappresentazione numerica di una condizione più o meno protratta nel tempo di esposizione a fattori socio-ambientali, (neuro)biologici e psicologici che, non di rado, possono avere un impatto negativo sulle funzioni mentali ed in particolare sulla memoria.

Le nuove conoscenze scientifiche aprono un capitolo del tutto nuovo sulle possibilità di interventi riabilitativi non tanto finalizzati ad allungare l'arco della vita, quanto a mantenere nella migliore condizione possibile le capacità cognitive residue o addirittura migliorarle garantendo una, se non completa, almeno discreta efficienza psico-affettiva.

Una delle conoscenze acquisite è che l'invecchiamento primario incide prevalentemente sulle capacità mnestiche che richiedono maggiore dispendio di energia, cioè la memoria di lavoro.

La memoria di lavoro è un termine funzionale della memoria a breve termine ed è essenziale non solo per la memorizzazione ma anche per il recupero di informazioni precedentemente apprese; si interpone tra la memoria sensoriale e la memoria a lungo termine ed è controllata da un sistema complesso.

La memoria di lavoro risulta fondamentale per il funzionamento dei processi mnestici, e presenta i suoi limiti sia per il suo spazio di lavoro, di capienza delle informazioni e di durata del mantenimento dell'informazione, sia per la velocità di elaborazione (quanta informazione un individuo è in grado di elaborare in un preciso istante).

Con l'avanzare degli anni si riducono lo spazio di lavoro e, in misura minore, l'ampiezza mnemonica, ma quello che risente maggiormente dell'invecchiamento è la velocità di elaborazione: si stima che tale velocità nell'ultrasessantenne sia mediamente due volte inferiore che in un ventenne.¹⁵

¹² Relazione della dott.a E.Orsi, Istituto Geriatrico Redaelli di Vimodrone.

¹³ Relazione della t.o. B.Petrucci, 2° FKT Pio Albergo Trivulzio di Milano

¹⁴ Relazione del dott. A.Nobili, lab.neuropsichiatria geriatria Istituto Ricerche Farmacologiche "Negri" di Milano

Tale rallentamento età-dipendente spiega inoltre altri due fenomeni extramnemotici osservati nell'anziano: l'aumento dei tempi di reazione e una diminuzione della "intelligenza fluida", ovvero della capacità di acquisire nuovi concetti e di adattarsi a nuove situazioni.

Infatti da una analisi approfondita delle smemoratezze che gli anziani lamentano con più frequenza (tab.1) emerge che quasi tutte sono riconducibili ad un malfunzionamento della memoria di lavoro, che in un giovane possono essere interpretate in termini di "distrazione". Le attuali condizioni di vita tendono a penalizzare questa condizione, non solo per la presenza di un quantità di informazioni sempre crescente e proposte in tempi ridotti, ma anche per una tendenza ad un ricambio sempre più rapido degli strumenti e dei modelli di informazione.

Tab.1 I "vuoti di memoria" più frequenti nell'anziano¹⁶

<i>Situazione</i>	<i>%</i>
<i>Ricordare nomi propri</i>	83
<i>Dove sono stati collocati oggetti</i>	60
<i>Numeri di telefono appena letti o sentiti</i>	57
<i>Ricordare parole</i>	53
<i>Sapere se ha già detto qualcosa a qualcuno</i>	49
<i>Ricordare informazioni riferite</i>	49
<i>Riconoscere volti</i>	42
<i>Ricordare la strada per determinati luoghi</i>	41
<i>Iniziare un attività e ricordare cosa stava facendo</i>	41
<i>Perdere il filo del discorso</i>	41
<i>Ricordare cose già fatte (chiudere gas, porta..)</i>	38
<i>Dimenticare appuntamenti</i>	34
<i>Ricordare numeri di telefono che si usano frequentemente</i>	29

Una seconda conoscenza legata alla precedente è che l'invecchiamento modifica la spinta motivazionale che costituisce una delle maggiori fonti di facilitazione del processo di memorizzazione e quindi anche quello del recupero. Quando a questa condizione "fisiologica" si associano condizioni di sofferenza psichica a seguito di cambiamenti ambientali o sociali (pensionamento, lutto, entrata in casa di riposo...) o causate da disturbi depressivi o ansiosi, sia il processo di memorizzazione che la valutazione soggettiva delle proprie capacità di memoria possono esserne influenzate in modo negativo: in altri termini, si può instaurare un circolo vizioso per cui l'anziano, o per una memoria di lavoro zoppicante, o per un calo motivazionale o per una sottostima delle proprie capacità, tende a tralasciare i vecchi interessi e si rifiuta di intraprendere nuove attività richiedenti uno sforzo mnemonico. Tale rifiuto limita così le possibilità di mantenere allenare le funzioni mnesiche e, come si sa, ciò accelera a lungo andare il declino cognitivo età-dipendente.¹⁷

I Programmi di Memory Training (PMT)

Negli ultimi vent'anni si è cercato di ovviare a questi limiti o di prevenire ulteriori peggioramenti tramite appositi PMT, ovvero specifici interventi riabilitativi di "addestramento" della memoria, che dimostrano significativi miglioramenti a

¹⁵ L.P. De Vreese – *Programmi di memory training nell'anziano con disturbi della memoria età-dipendente* – in *Giornale di Gerontologia* 2000;49

¹⁶ *ibidem*.

¹⁷ Zec R.F. – *The neuropsychology of aging* – *Gerontol* 1994;30

prova che anche in età geriatrica le funzioni mnemoniche rimangono modulabili grazie ad una buona plasticità cerebrale. Tuttavia la lacuna maggiore sta nella difficoltà di trasferire poi le abilità apprese nel contesto di vita quotidiana. Come nell'approccio riabilitativo motorio della FKT tradizionale, dunque anche nel campo della riabilitazione cognitiva si punta sempre di più verso un modello "ecologico" di apprendimento, in cui l'allenamento diretto delle funzioni viene combinato il più possibile con situazioni della vita quotidiana e dell'ambiente di vita in cui l'anziano riscontra maggiori difficoltà.

Oltre all'allenamento diretto della memoria ecologica è poi opportuno insegnare come fare fronte alle difficoltà mnesiche attraverso strategie di compenso attive che sfruttano la metamemoria, strategie applicate con ottimi risultati nella riabilitazione dei pazienti amnesici a seguito di ictus o di traumi cranici.

Nella pratica, i PMT si svolgono in gruppi di 10-12 persone al massimo, al fine di permettere il confronto tra i partecipanti dei problemi che riscontrano nella vita quotidiana e delle strategie possibili per risolverli¹⁸. Il numero dei partecipanti scende se i programmi sono rivolti a pazienti con demenze : ad es. viene indicato il numero massimo di 6 persone nel caso che le sedute siano rivolte a pazienti dei centri diurni Alzheimer¹⁹.

E' fondamentale la presa di coscienza delle singole specificità, mentre risulta secondaria l'esattezza delle risposte o delle soluzioni agli esercizi e ai problemi proposti (valorizzazione del "come" si è arrivati alla soluzione, qualunque essa sia).

Quanto alla cadenza dei PMT, vengono consigliate sedute di un'ora e mezza circa, con intervallo, da ripetersi una o due volte alla settimana, per cicli di almeno tre mesi. Anche qui, nel caso di pazienti con demenza, la lunghezza delle sedute viene abbreviata a 40-45 minuti.

Fondamentale è il ruolo del riabilitatore cognitivo, figura professionale ancora poco delineata. Mi pare interessante riportare la seguente tabella, sempre a cura del prof. De Vreese²⁰:

<u>Il profilo del riabilitatore cognitivo geriatrico</u>
<ul style="list-style-type: none">• <u>Competenza</u>: familiarità con le persone anziane, pratica clinica approfondita, esperienza in psicogeriatrica per poter valutare i bisogni e le risorse di ciascun partecipante.• <u>Esperienza</u>: per avere abbastanza referenze passate per poter valutare la situazione presente.• <u>Ingegno</u>: per essere in grado di selezionare quei tipi di esercizi adatti a ciascun caso in particolare.• <u>Elasticità e sicurezza</u>: per poter infondere la volontà di riuscire a tutti quelli che dubitano di loro stessi.

Mi pare molto interessante analizzare gli obiettivi degli esercizi che vengono proposti nei PMT e nel modello francese dei cosiddetti "Atelier-mémoire", per evidenziare subito la stretta connessione con gli obiettivi e la metodologia delle sedute di motricità.

Cito nelle seguenti tabelle²¹ le proposte dell'interessante manuale per operatori del settore scritto da Luciana Quaia, psicologa e consulente presso i nuclei Alzheimer e i Centri Diurni Integrati di alcune RSA della provincia di Como.

<u>Gli esercizi proposti hanno l'obiettivo di dare un apporto alle seguenti aree:</u>
<ul style="list-style-type: none">• Orientamento temporale e spaziale

¹⁸ L.P. De Vreese – op.cit. - 51

¹⁹ L. Quaia – *Mnemosine, esercizi per la memoria* – Nodo Libri;13

²⁰ Israel L, De Vreese LP. – *Allenare la propria memoria*. In: *Manuale per gli istruttori* - Grenoble: Prestoprint 1989

²¹ L.Quaia, op.cit. ;9-10

- Percezione e attenzione
- Associazioni semplici (*colori, categorie, marca/prodotto*)
- Stimolazione sensoriale
- Analisi (*abilità quotidiane semplici; classificazioni; previsioni di situazioni*)
- Vocabolario (*contrari, combinazioni di parole, rime, acrostici, ordine*)
- Sintesi
- Prassia
- Ragionamento astratto (*proverbi*)
- Calcolo
- Rievocazione

Gli esercizi, oltre a sviluppare le specifiche operazioni mentali, perseguono obiettivi cognitivi generali quali:

- prestare attenzione
- concentrarsi su un compito
- comprendere ed eseguire consegne
- programmare sequenze di azione
- regolare il comportamento sulla base di informazioni provenienti dall'esterno

nell'ambito delle seguenti abilità:

- cognitiva: stimolazione cognitiva (memoria, orientamento, linguaggio, attenzione, concentrazione).
- senso-motoria: stimolazione funzionale e fisica (attività con sequenze motorie semplici) e stimolazione sensoriale (per il coinvolgimento degli organi di senso)
- interazione (duale o di gruppo): stimolazione sociale (per favorire il rapporto interpersonale)
- identità di sé: autostima, igiene e cura personale

Si può notare da queste premesse la notevole congruità di tutti gli obiettivi elencati con le aspettative dell'intervento motorio e l'ampiezza degli ambiti di interazione tra i PMT e le sedute di attività motoria. In particolare l'utilizzo di giochi motori combinati con elementi semplici desunti dalle mnemotecniche e adeguati al livello cognitivo degli anziani può fornire una serie di stimoli sensoriali atti a rinforzare il processo di apprendimento.

La Reality Orientation Therapy (R.O.T)

La Terapia di Orientamento alla Realtà è una terapia di riattivazione con lo scopo di mettere in grado l'anziano di riordinare i punti di riferimento della propria quotidianità. Per cause organiche, psicologiche, sociali o per tutte e tre insieme, spesso gli anziani perdono i punti di riferimento spaziali, temporali e relazionali: la ROT si propone di restituire loro tali riferimenti, consentendo di recuperare il rapporto con se stesso e con l'ambiente circostante.

Può essere considerata la più diffusa e conosciuta terapia cognitivo-comportamentale utilizzata nelle demenze senili e l'efficacia è comprovata da numerose indagini, soprattutto per quel che concerne gli aspetti verbali di orientamento spaziale e temporale. "Si ipotizza che agisca sulle funzioni intellettive operando una sorta di riapprendimento o di

rieducazione comportamentale, utilizzando strategie alternative a quelle compromesse, o che rappresenti una sorta di ausilio mentale attraverso una intensificata interazione tra l'individuo e l'ambiente"²².

Vengono identificati due approcci:

- R.O.T. informale (o delle 24 ore)
- R.O.T. formale (o in classe)

La prima consiste in un processo continuo nell'arco della giornata durante il quale vengono fornite al paziente informazioni corrette sull'orientamento personale (chiamare il paziente per nome e cognome, ricordargli l'età, la professione che ha svolto...), sull'orientamento temporale (data, giorno, mese ed anno...) e sull'orientamento spaziale (luogo in cui ci si trova, ubicazione dei locali...).

La ROT informale è affidata a tutti coloro che interagiscono con il paziente e all'ambiente stesso, che va strutturato in modo da facilitare l'orientamento e a ridurre i comportamenti disadattivi del paziente (orologi, calendari, cartelli di riconoscimento dei vari piani, colori diversi a seconda delle aree...)

La ROT formale costituisce un momento particolarmente intenso e strutturato in cui vengono ripresi e rinforzati alcuni temi della ROT informale. Viene svolta in locale appartato, con gruppetti circoscritti e omogenei per livello di deterioramento intellettuale. I pazienti vengono sollecitati a fornire risposte a domande, a dialoghi con facilitazioni, a semplici compiti (orientamento nella casa, sulla cartina geografica, nel tempo storico...).

Generalmente è il terapeuta occupazionale che si occupa di tale momento riabilitativo, ma è chiaro che il coinvolgimento dell'insegnante di attività motorie può fornire spunti interessantissimi per l'associazione di tale prassi riabilitativa con il vissuto corporeo dell'anziano (ad esempio proposte di orientamento corporeo, orientamento spazio-tempo secondo le tecniche psicomotorie).

Viceversa, all'interno della seduta di attività motorie possono essere inseriti numerosi elementi di ROT informale. Ad esempio sottolineare la scansione settimanale degli incontri, la data della seduta, l'orario, fare l'appello come rinforzo dell'identità personale e collettiva, richiamare l'ubicazione del locale-palestra, e molte altre accortezze che l'operatore dovrebbe sempre tenere presente per stabilire una connessione solida e ripetuta tra gli ospiti e l'ambiente che li circonda.

LA PSICOMOTRICITA'

Il corpo ha un suo linguaggio: è un sistema di comunicazione conscio ed inconscio, che trasmette significati del tutto personali attraverso la mimica facciale, il tono, lo sguardo, le posture e gli atteggiamenti, il comportamento del corpo nei confronti dello spazio personale e del territorio.

Spesso il corpo di un anziano parla addirittura al posto del linguaggio verbale, laddove il linguaggio non è più presente, per mille motivi, e chi si occupa dell'anziano può avere accesso ad informazioni fondamentali sulla persona solo se riesce ad intendere correttamente quel codice e a mettersi in relazione con esso.

²² R. Moriondo – *Revisione analitica dei principali approcci terapeutici cognitivo-comportamentali per l'anziano*. In *I disturbi comunicativi nelle lesioni del sistema nervoso centrale nell'adulto e nell'anziano* – Atti del corso per

La prospettiva psicomotoria, dunque, intende valutare il complesso delle manifestazioni motorie di un individuo anche e soprattutto dal punto di vista delle motivazioni psicologiche, delle intenzionalità che ne sono alla base.

La Psicomotricità “è una scienza che costituisce un punto di incontro o, più esattamente, una tecnica, in cui si incrociano e vengono a convergere molteplici punti di vista e che utilizza gli apporti di numerose scienze costituite (biologia, psicologia, psicoanalisi, sociologia, linguistica). Ma, in più, essa è una terapia. La “terapia psicomotoria” si propone di sviluppare le facoltà espressive del soggetto.”²³

Se negli anni 40-50 è stato proposto il ruolo positivo dell’attività motoria nel potenziare le funzioni percettive, intellettive e scolastiche nei bambini e nei giovani (Le Boulch, Vayer, Gesell e altri), negli ultimi anni anche in campo riabilitativo e geriatrico l’attività psicomotoria è entrata a far parte delle tecniche rieducative prassiche e psico-sociali, per fare riscoprire da una parte lo schema corporeo e dall’altra il benessere fisico derivante da una riappropriazione del gesto; il movimento è proposto come espressione, comunicazione che concilia il rapporto con il proprio corpo e con gli altri.

Ogni disturbo psichico spesso si riversa sul corpo e, viceversa, ogni malessere fisico trascina con sé un disagio psichico, spesso di tipo depressivo. L’approccio psico-corporeo cerca di restituire questa unione tra le due dimensioni e, in tal modo, rasserenare nell’anziano il difficile rapporto che ha con il proprio corpo, spesso affidato alle cure altrui. La rivalutazione della dimensione psico-affettiva e fisica non può avvenire se non attraverso la costruzione di un contesto relazionale tra i partecipanti, ricco di interazione, collaborazione e interscambio espressivo di sentimenti, immagini e ricordi.

L’utilizzo del corpo permette inoltre al soggetto di apprendere dagli elementi del mondo che lo circonda; a sua volta, stabilire delle relazioni con questi elementi può far sviluppare le sue attività cognitive.

In particolare nell’anziano demente spesso si perdono le relazioni tra il sé e l’ambiente esterno e si evidenzia la dissociazione tra motricità e psichismo; l’intervento rieducativo psicomotorio può invece concorrere a ristabilire il rapporto individuo-ambiente, intervenendo così sulle capacità residue.

L’ intervento psicomotorio di gruppo

Nello strutturare un training psicomotorio vanno considerati i seguenti aspetti:

Motorio: proposte di esercizi atti a rieducare la coordinazione oculo-manuale, la globalità del movimento, il tono, lo schema corporeo.

Cognitivo: stimolando la percezione sensoriale e cinestesica (ad es. richiamo all’attenzione sulle sensazioni generate da posture differenti);

utilizzando a fine seduta tecniche di rilassamento adattate alle difficoltà dei pazienti (es. esercizi del ciclo inferiore di Schultz);

stimolando la programmazione (ad es. richiedendo semplici compiti senza suggerire le modalità di esecuzione) e la memorizzazione (esercizi più complessi di cui ricordare la sequenza);

Stimolando l’astrazione (mimando o esprimendo col gesto uno stato d’animo preciso);

L’attività motoria e il rilassamento sono fortemente finalizzati all’acquisizione del controllo delle sensazioni di ansia, è infatti certo che tali reazioni concorrono autonomamente a ridurre i livelli di competenza sociale.

Relazionale: inteso come momento di lavoro sulla comunicazione, attraverso giochi e attività di gruppo sostanzialmente di tipo non verbale, in modo tale da favorire l'espressione attraverso l'azione, costituendo inoltre lo stimolo per la raccolta di materiali su cui sviluppare una discussione. E' importante che le attività offrano obiettivi facilmente associabili ad un riscontro nella vita quotidiana, in modo che il soggetto li accetti come lavoro utile a tale scopo, altrimenti possono rapidamente suscitare disinteresse e diffidenza.

Nel progettare un intervento psico-motorio di gruppo occorre avere in mente quali sono le principali necessità e problematiche dei partecipanti (obiettivo terapeutico) e quali elementi relazionali influiscono positivamente su di esse. Questi elementi verranno opportunamente introdotti all'interno di comuni attività motorie di gruppo, di espressione corporea, di giochi di società e proposte simili, opportunamente adattate.

Nella seguente tabella²⁴ vengono riportate le principali turbe comportamentali del paziente anziano che possono essere affrontate attraverso questo approccio terapeutico :

- tendenza all'isolamento sociale e all'apatia,
- egocentrismo,
- disturbi della percezione corporea,
- difficoltà di concentrazione,
- difficoltà a conversare con persone appena conosciute o in situazione di gruppo,
- rallentamenti psicomotori generali,
- scarsa attitudine al contatto oculare,
- inibizione dell'auto-espressione,
- scarsa autostima,
- scarso insight (scarsa comprensione di sé e dei propri comportamenti disturbati),
- mancanza di assertività,
- ansia,
- deficit di memoria.

Andranno inoltre considerati alcuni importanti aspetti operativi. Il primo elemento sarà la valutazione delle difficoltà e delle esigenze dei partecipanti, e su queste verranno incentrate le attività. La costituzione del gruppo di pazienti è già di per sé un lavoro delicato. Il numero più adatto è circa 8 : in gruppi troppo piccoli può generarsi ansia, mentre in gruppi grandi è difficile seguire tutti.

Importante aprire la seduta presentando il tema centrale e la finalità dei singoli esercizi, per diminuire l'apprensione e rafforzare la partecipazione attenta e consapevole agli esercizi.

Il conduttore deve conoscere molto bene il programma e deve essere disinvolto e rassicurante, altrimenti molte attività possono risultare scioche o infantili.

E' utile che ci sia un co-conduttore: entrambi devono essere pienamente partecipi.

Ogni esercizio sarà seguito da una discussione che permetterà di tradurre in parole sentimenti ed emozioni generati dalle proposte eseguite: le difficoltà incontrate negli esercizi spesso presentano forti analogie con quelle incontrate nella vita quotidiana, e dunque il confronto verbale può servire ad elaborare queste difficoltà in una ottica più obiettiva.

²⁴ nostra elaborazione da: R.Moriondo – *Revisione analitica dei principali approcci terapeutici per l'anziano*, in: *I disturbi comunicativi nelle lesioni del S.N.C. nell'adulto e nell'anziano* - op.cit.; 160

A termine seduta si potrà riprendere brevemente il tema del giorno, indicando i punti chiave emersi nel corso degli esercizi.

LA MUSICOTERAPIA

La Musicoterapia (di seguito MT) è una tecnica mediante la quale varie figure professionali, attive nel campo della educazione, della riabilitazione e della psicoterapia, facilitano l'attuazione di progetti di integrazione spaziale, temporale e sociale dell'individuo, attraverso strategie di armonizzazione della struttura funzionale dell'handicap, per mezzo dell'impiego del parametro musicale; tale armonizzazione viene perseguita con un lavoro di sintonizzazioni affettive le quali sono possibili e facilitate grazie a strategie specifiche della comunicazione non verbale (Postacchini 1995).

La MT si configura dunque come un processo sistematico di intervento in cui il terapeuta aiuta i pazienti a migliorare il proprio stato di salute utilizzando esperienze musicali, eventualmente accostate al movimento corporeo e ad altre forme espressive, e i rapporti che si creano attraverso di esse, come forse dinamiche di cambiamento. La MT quindi si avvale principalmente degli elementi propri dell'universo non-verbale o pre-verbale, attraverso il ricorso ad esperienze musicali, nel rispetto del principio fondamentale della possibilità ricettiva dell'intero corpo umano.²⁵

La MT è dunque un ambito di transizione, di relazione forte tra il mentale e il corporeo poiché partecipa delle caratteristiche di entrambe le esperienze: è corporea perché la musica è esperienza sensoriale, ma al contempo risulta anche slegata dal corporeo tanto da permettere ad ognuno di arricchire la sensazione di partenza attraverso il suo personale mondo emotivo; si ascolta e si fa musica con il corpo e allo stesso tempo con la mente.

Ma la MT è ambito di integrazione corpo-mente anche e soprattutto perché i processi musicali alla loro origine sono gesto e ritmo e molto spesso il musicoterapista utilizza percorsi corporei per il suo lavoro di integrazione spaziale, temporale e sociale.

Nell'ambito di ogni programma terapeutico si perseguono molteplici obiettivi, determinati in base alla tipologia dei soggetti trattati, ma generalmente riguardanti la conquista o l'affinamento graduale di facoltà quali:

- libera espressione
- attenzione
- concentrazione
- creatività
- senso di identità
- consapevolezza di sé e dell'altro
- comunicazione
- integrazione sociale
- realizzazione individuale e di gruppo
- autonomia ed intenzionalità

E' possibile delineare un campo di intervento di MT rivolta a persone anziane, e vi sono anche in Italia alcune interessanti esperienze presso istituti dove la musicoterapia ha affiancato l'animazione con precisi obiettivi.

In particolare Josée Prefontaine sottolinea le seguenti finalità generali :

²⁵ Atti del convegno: *Musicoterapia: ambiti e strategie di intervento* – 15 marzo 2002 Verbania Pallanza, 3

- sviluppare e mantenere l'ascolto attivo;
- suscitare e mantenere la coscienza e la stima di sé;
- sviluppare e mantenere l'autonomia con la possibilità di fare delle scelte;
- sviluppare e mantenere la coscienza e la stima degli altri comunicando con loro attraverso la musica e le parole;²⁶

Lo stesso autore precisa poi alcuni obiettivi (utilizzo della voce, mobilitazione delle articolazioni...) che sottendono la stretta relazione corporea dell'intervento musicoterapico. In relazione agli anziani in istituto la musicoterapia può essere concepita su di un piano "attivo" (fare musica) o su di un piano "recettivo"(ascoltare musica), o su entrambi i piani.

Nel primo caso può essere di grande interesse lavorare in equipe con un terapeuta occupazionale al fine di costruire strumenti di facile manipolazione utilizzabili dagli anziani e con l'operatore in ambito motorio, per precisare meglio gli interventi sul corporeo.

A quali soggetti proporre la MT in ambito geriatrico?

- Pazienti dementi o psicotici
- P. emiplegici e cerebrolesi
- P.gravi con sindrome da immobilizzazione
- P. con insufficienza respiratoria
- Anziani istituzionalizzati in genere

Questi gli obiettivi specifici:

- Favorire l'interazione e la socializzazione
- Stimolare l'immaginazione attiva
- Stimolare motivazioni e ricordi
- Favorire il rilassamento
- Favorire la coordinazione dei movimenti e il senso del ritmo
- Facilitare l'apprendimento
- Aumentare l'autostima
- Essere fonte di benessere e di divertimento

Campi di applicazione della MT in geriatria

In particolare è possibile suddividere i campi di applicazione della MT come segue:

1) Prevenzione (conservazione dello stato di salute residua)

rivolta ad anziani con capacità cognitive buone o demenza lieve ma a rischio di stati depressivi e tendenza all'isolamento;

2) Contenimento (o prevenzione della contenzione)

per anziani affetti da demenza che presentano uno o più dei seguenti sintomi:

- disturbi dell'attività psicomotoria (vagabondaggio afinalistico, acatisia, affaccendamento)
- alterazione della personalità (indifferenza,apatia,irritabilità,disinibizione)
- agitazione (aggressività verbale o fisica, produzione vocale incontrollata)
- deliri
- tendenza alla fuga

²⁶ in: G.Ducourneau – *Elementi di musicoterapia* – Ed Cosmopolis, Torino 2001, 67

- alterazione del ritmo sonno-veglia

3) Riabilitazione

per pazienti afasici e con altri deficit prussici conseguenti a vasculopatie cerebrali acute; morbo di parkinson; insufficienza respiratoria; patologie con compromissione o impaccio motorio.

In particolare i campi di applicazione possono essere orientati secondo il seguente modello:

MT attiva:

- Disturbi della sfera psichica (insufficienza mentale, psicosi, depressioni gravi,...)
- Disturbi della sfera somatica (lesioni cerebrali, distrofie muscolari, paralisi)

MT d'ascolto o ricettiva:

particolarmente utile nei disturbi depressivi.

Una tipica seduta di MT d'ascolto si può scandire in quattro fasi:

1. Musica coniugata con tecniche di rilassamento
2. Musica associata a visualizzazioni guidate dal terapeuta
3. Spazio immaginifico del paziente
4. Stimolazione dell'espressività attraverso modalità associate all'elemento sonoro-musicale.

MT con finalità riabilitative :

Stimolazione di canali di comunicazione non verbale che agiscono ai livelli inferiori della mente, incentivando lo sviluppo di modelli comunicativi e relazionali alternativi. Questo avviene specialmente nei portatori di disabilità di vario genere.

LA GINNASTICA DOLCE

Molto spesso, nella mia esperienza personale, mi capita di essere qualificata e di qualificarmi come “insegnante di ginnastica dolce per anziani in casa di riposo”: tutti comprendono immediatamente di cosa si tratta e le reazioni sono sempre di approvazione e di interesse per “l'utilità” della cosa. Qualche volta viene espresso stupore verso l'idea che i “vecchietti” possano fare ginnastica tutti insieme, anche in carrozzina o con handicap di ogni genere, ma in genere l'immagine suscita risonanze positive.

E' un fatto di cui tenere conto, anche perché se questa denominazione risulta subito così chiara anche a chi non è addentro alla materia, questo significa che c'è un riconoscimento sociale ben preciso di queste pratiche motorie “alternative” alla ginnastica tradizionale e della loro congruità con il contesto in cui vengono proposte. Inoltre, come si vedrà in questo paragrafo, questa definizione non è per niente errata, anche se si presta a interpretazioni non corrette.

“Ginnastica dolce” è un termine-ombrello, come già si è visto per le APA, nel senso che fa da denominatore comune a cui afferiscono molte filosofie e tecniche di movimento nate e sviluppatesi in ambienti anche molto diversi tra loro (danza, teatro, pratiche orientali, terapie psico-corporee), ma accomunate da principi analoghi.

Tra questi vengono correntemente menzionati i seguenti metodi:

- il metodo Feldenkrais (Consapevolezza attraverso il Movimento)
- la tecnica Alexander (Frederick Matthias Alexander e l'auto-osservazione)
- l'Eutonia (Gerda Alexander e il movimento organico e naturale)

- l'Ideokinesi (Mabel Todd e Lulu Sweigard, la consapevolezza cinestesica e l'immaginazione)
- il sistema Body-Mind Centering (Bonnie Cohen e lo studio esperienziale del movimento)
- l'Antiginnastica (Thérèse Bertherat e la rieducazione posturale)

Citando il lavoro di Giuseppina Giorgi e Donata Troletti, mi riferisco alla Ginnastica Dolce come a quell'insieme di "pratiche basate principalmente sulla percezione delle sensazioni presenti nel nostro corpo in situazioni statiche e/o dinamiche, relative allo stato di tensione o di rilasciamento della muscolatura scheletrica, della funzionalità respiratoria e cardiaca, del rapporto con lo spazio e con l'ambiente, del vissuto personale, della propria espressione attraverso il movimento. La denominazione "ginnastica dolce" è divenuta corrente nell'ultimo decennio anche se spesso se ne altera il significato. Questo significato è riferito al fatto che, in tutte le esperienze corporee che hanno originato questa pratica, l'impiego della contrazione muscolare non è finalizzato alla MASSIMA capacità fisiologica dell'individuo, ma alla MIGLIORE possibilità di acquisire la coscienza del movimento che si compie rispetto alla propria situazione di base."²⁷ Dunque l'accento è posto sulla propriocezione, tanto che spesso le ginnastiche dolci vengono anche definite come "metodi di consapevolezza corporea".

Il fraintendimento nasce dal considerare invece la ginnastica dolce come una ginnastica "alleggerita", una attività motoria comunque impostata secondo le tecniche tradizionali, ma proposta con ritmi più blandi e carichi di lavoro accessibili a persone che per età o condizioni di salute non potrebbero sostenere uno sforzo fisiologico intenso. Ciò che invece rende realmente alternativa la ginnastica dolce è invece il continuo richiamo consapevole alla sfera neuromotoria dell'individuo, secondo il principio della fondamentale "integrazione tra il corpo e la psiche per l'equilibrato sviluppo e per l'armonia dell'essere umano, la valorizzazione della sensibilità cinestesica e dell'intelligenza del corpo"²⁸.

Tutto questo ovviamente prevede una profonda rielaborazione delle modalità di insegnamento, che vengono di conseguenza incentrate "sulla consapevolezza e sulla propriocezione, sul processo di apprendimento del movimento più che sulla ricerca del risultato formale, sul rispetto dei ritmi e delle qualità di movimento individuali, sul rifiuto del movimento meccanico, della coercizione e degli sforzi superflui e innaturali."²⁹

Vediamo in modo più dettagliato quali sono i principi comuni della ginnastica dolce che rendono così profondo il legame tra questa interpretazione della motricità e la pratica motoria con gli anziani:

- ❖ Unità corpo-mente: si è già detto come risulti prioritario il ruolo della dimensione psicomotoria nella pratica fisica e la valorizzazione del rapporto tra la qualità del movimento, l'atteggiamento mentale e la personalità di ciascun individuo. In particolare risulta fondamentale il ruolo dell'immagine del corpo nei processi di apprendimento e modificazione degli schemi posturali e motori.
- ❖ Apprendimento: piuttosto che della forma e del risultato del gesto motorio la ginnastica dolce pone l'accento sul processo di apprendimento del movimento e sull'attenzione e "l'ascolto" al modo in cui ciascun allievo esegue un certo gesto, per arrivare alla consapevolezza del proprio ritmo personale, degli sforzi che possono essere evitati, della piacevolezza che può derivare dalla scoperta di una ritrovata spontaneità al posto dell'abitudine stereotipata che spesso si traduce in movimenti e posture dolorose.
- ❖ Efficacia : economia ed efficacia nel movimento significano realizzazione di un gesto che utilizzi il minor dispendio di energia per arrivare al suo scopo. Attraverso la consapevolezza di una propriocezione accurata è

²⁷ G.Giorgi, D.Troletti – *Ginnastica Dolce* – Ed. Mediterranee, Roma, 1999, 11

²⁸ a cura di A.Imeroni – *L'attività motoria nella grande età* – Carocci Editore, Roma 2002,102

²⁹ idem

possibile imparare a modulare meglio i propri movimenti evitando sforzi parassiti e un eccesso di tono muscolare.

- ❖ Concezione dinamica della postura: a differenza della ginnastica medica e della fisioterapia tradizionale la ginnastica dolce considera la postura come un processo dinamico in continua riorganizzazione e in costante disponibilità al movimento, piuttosto che un modello statico da adottare rigidamente. La stessa parola “postura” viene messa in crisi: Feldenkrais ad esempio propose di sostituire il termine inglese “*posture*” con “*acture*”, per sottolineare questa concezione.
- ❖ Coordinazione neuro-muscolare: l’interesse per la plasticità del SNC, capace di adattabilità anche in tarda età, si riflette nella grande attenzione posta al ruolo della coordinazione motoria.
- ❖ Respirazione: viene valorizzato il ruolo del respiro come mezzo privilegiato di connessione e di percezione del sé profondo, e nel suo collegamento con movimenti più armonici ed equilibrati, sia nella pratica durante l’attività ginnastica che nel quotidiano.
- ❖ Miglioramento delle potenzialità: attraverso una rinnovata consapevolezza del proprio schema corporeo e motorio dinamico si realizza la scoperta di potenzialità di movimento (ampiezza dei movimenti, mobilità delle articolazioni, nuove soluzioni a gesti ripetuti in modo automatico) che non venivano utilizzate. L’anziano in particolare tende a limitare la propria motricità, il proprio “raggio d’azione”, anche dove non ci siano blocchi articolari e dolori, per scarsa conoscenza di sé e per “abitudine”.

Componente emotiva ed affettiva del movimento: nella ginnastica dolce è sempre presente il richiamo alle risonanze emotive ed affettive contenute in qualunque gesto. Il rilasciamento del tono muscolare “parla” anche della possibilità di abbassare le difese e di rilassarsi; il respiro che fluisce è anche flusso vitale in senso lato; così il contatto con gli altri attraverso esercizi ad esempio di massaggio e di esplorazione risponde al bisogno di relazione e di vicinanza con gli altri. Tutto questo ha una parte molto importante e delicata nel rendere gradevole agli anziani la proposta di attività motoria aiutandoli a superare il senso di solitudine che è la principale fonte di malessere per tutti.

4 - CONCLUSIONI

Al di là di tutte le parole, delle sperimentazioni e delle ricerche, delle scale di valutazione, delle analisi e dei confronti metodologici vorrei concludere con la mia esperienza di questa mattina: stavo iniziando l'ora di animazione motoria in una delle case di riposo dove lavoro e il gruppo era quasi al gran completo; mancava solo la signorina Jolanda, 97 anni già compiuti, rientrata dall'ospedale solo la scorsa settimana dopo l'intervento di protesi al femore a seguito di una caduta. Guardo sul registro delle presenze le quattro caselline vuote in corrispondenza del suo nome: due settimane di assenza, chissà quando potrà riprendere la ginnastica, chissà se tornerà...chissà...è molto sorda, ultimamente era un po' confusa, la memoria labile...chissà dopo l'operazione...

Dopo cinque minuti dall'inizio della lezione una assistente porta la carrozzina con la signorina Jolanda, fragile ma sorridente, vestita di verde: piuttosto che farla stare sola in corridoio l'assistente ha pensato di portarla a salutare il gruppo della ginnastica.

Un saluto affettuoso a tutti e poi la lezione riprende e la signorina Jolanda resta un pochino in disparte rispetto al cerchio, a guardare. La fisioterapista è vicino a lei. Macché guardare! Con la coda dell'occhio mi accorgo che inizia a fare gli esercizi insieme agli altri, che segue tutti i movimenti proposti, che partecipa come può, e anche il piede della gamba operata inizia a muoversi. Allarghiamo il nostro cerchio e la facciamo entrare con calore. La signorina Jolanda, senza dire una parola, sorride e continua a fare ginnastica: ha deciso che è ora di ricominciare le lezioni del lunedì e del giovedì.

Guardando al futuro, sono certa che prima o poi l'animazione motoria verrà prevista in modo regolare tra le attività da svolgersi nelle residenze per anziani e che si riuscirà col tempo a migliorare i percorsi formativi atti a consolidare il profilo professionale di operatori competenti ad insegnare uno stile di vita attivo a tutte le età ed in tutte le situazioni.

Questa certezza deriva dal constatare ogni giorno che animare gruppi di anziani attraverso il movimento è un mestiere che "funziona" e che la valutazione più importante dell'efficacia di questo lavoro è la presenza assidua degli anziani agli appuntamenti bisettimanali, l'impegno con il quale seguono le ore di lezione e il piacere che esprimono nel comunicare la loro presenza con il loro corpo, così com'è.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *Recupero e tutela dell'autonomia personale del disabile e dell'anziano*, Atti del convegno Milano 26,27.1.2001
- AA.VV., *Musicoterapia: ambiti e strategie di intervento*, Atti del convegno Verbania Pallanza 15.3.2002
- A cura di Gaffuri A., Gaveglio C., *I disturbi comunicativi nelle lesioni del SNC nell'adulto e nell'anziano*, Atti del corso di aggiornamento regionale per Logopedisti maggio-dicembre 1993
- A cura di Imeroni A., *L'attività motoria nella grande età*, Carocci editore, Roma 2002
- Bellero O., Fabris F., Ferrario E., Guglielmino A., Imeroni A., Troletti G., *L'anziano, il corpo, il movimento*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1983
- Braddom R.L., *Medicina fisica e riabilitazione*, A.Delfino Editore, Roma 1998
- Canada's physical activity guide to healthy living for older adults*, Health Canada, 1999
- Cavazzuti C., *Gerontologia e geriatria*, Ambrosiana, Milano 1992
- Centro A.M. Maderna, *La Terapia Occupazionale in Italia*, Compagnia di San Paolo, Torino 1999
- Cesa Bianchi M., *Psicologia dell'invecchiamento*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1987
- De Beauvoir S., *La terza età*, Einaudi, Torino 1971
- Ducourneau G., *Elementi di Musicoterapia*, Ed Cosmopolis, Torino 2001
- Fondazione Leonardo, *Secondo rapporto sugli anziani in Italia 2000-2001*, Franco Angeli, Milano 2001
- Giaquinto S., *Il cervello anziano*, Sigma Tau 1985
- Giorgi G., Troletti D., *Ginnastica dolce*, Ed. Mediterranee, Roma 1999
- Hillman J., *Fuochi blu*, Adelphi, Milano 1996
- Istituto De Pagave, *E' utile la prevenzione dell'anziano*, Atti del convegno, Novara 1991
- Levi Montalcini R., *L'asso nella manica a brandelli*, Baldini e Castaldi, Milano 1998
- Minasso C., Piccolo A., *Intervento motorio di Geromotricità per ospiti in case di riposo*, dispensa AGIEF
- Minasso C., Piccolo A., Guarino B., *Muoversi bene per stare meglio. Geromotricità*, Ed. Mediterranee, Roma 1995
- Minois G., *Storia della vecchiaia*, Laterza, Bari 1988
- Opera Pia Crocetta, *Medicina riabilitativa in geriatria*, Atti del convegno Torino 8.3.97
- Predazzi M., Macchi B., *Quotidianità dell'utopia*, Jaca Book 1992
- Predazzi M., Vercauteren R., Loriaux M., *Verso una società per tutte le età*
- Quaia L., *Mnemosine, esercizi per la memoria. Manuale per operatori*, Nodo libri, Como 2001
- Strauss C., *Ginnastica ancora*, Guide Vallardi-Garzanti 1982
- S.U.I.S.M. Torino, *Attività Fisica Adattata: contenuti di formazione e profili professionali*, Atti del convegno Torino 22,23,24 Novembre 2001
- Viney L., *L'uso delle storie di vita nel lavoro con l'anziano*, Erickson, Trento 1994

Principali riviste consultate:

Animazione Sociale – annate 2000 / 2002

Ipab Oggi- annate 1998 / 2002

Giornale di Gerontologia 2000

Tutti gli articoli citati sono stati reperiti e consultati grazie alla rassegna bibliografica estratta dalla banca dati del Centro Maderna di Verbania, centro di documentazione, formazione e ricerche sulla condizione anziana. *Argomento bibliografico: Attività Fisica*

Principali siti internet:

www.centromaderna.it

www.kenniscentrum-ouderen.nl

www.senior-net.org

www.agief.it