

Il movimento come stile di vita per gli anziani: un progetto integrato di prevenzione e promozione della salute

Andrea Imeroni

Presidente Nazionale Uisperlagrandetà

PREMESSA

Quando nel 2005 presentammo la Ginnastica a Domicilio, un importante quotidiano nazionale titolò nell'edizione torinese "Un trainer personale a casa dell'anziano".

Chi si occupa di sport sa che, nell'accezione comune, quando si parla di trainer si intende un allenatore, un tecnico votato alla prestazione, una persona che ti segue e ti orienta verso quella che lui ritiene una possibile meta di fitness. La giornalista non poteva conquistarsi uno spazio nella pagina della cronaca della città se non suscitando, attraverso il titolo, un certo "stupore". Un allenatore a casa di ogni vecchio doveva richiamare nei lettori quella curiosità che il tema vecchietta di solito annulla, mentre il binomio vecchio-sport, vecchio-allenamento, vecchio-prestazione, stupisce ed invita a saperne di più. Ebbene, poco o nulla aveva in comune con il trainer così inteso l'operatore della Ginnastica a Domicilio, che si recava a casa di anziani in difficoltà, su indicazione del MMG o dei Servizi Sociali, accompagnato da un conoscente/amico dell'anziano o dall'assistente sociale. Approfittarono di quell'opportunità 115 anziani di 16 città italiane: anziani non dipendenti totalmente dai servizi e che usufruivano di un sostegno legato ai servizi alla persona, anziani con evidente perdita di riserva funzionale, depressi o che dichiaravano una perdita di fiducia legata ad incidenti o cadute con strascichi psicologici o insicurezze psicofisiche, anziani soli, in età avanzata, o che usufruivano di assistenza domiciliare (spesa, pagamento bollette, accompagnamento). A casa di costoro si recò un laureato in Scienze Motorie che aveva frequentato corsi di

aggiornamento nell'Area Anziani dell'Unione Italiana Sport Per tutti e, nell'arco di una ricerca durata sei mesi, ben 85 persone "chiuse nella loro casa" recuperarono il territorio, ossia si iscrissero a corsi che organizzavamo in quelle città, la maggior parte dei quali erano di ginnastica dolce.

Molti di quegli anziani usufruivano, nel contempo, dei servizi messi a loro disposizione dalle città tramite associazioni di volontariato che inviavano al loro domicilio persone anziane disposte ad "ascoltarli".

LA NOVITÀ DELLA NOSTRA PROPOSTA: DARE VOCE AL CORPO

La nostra filosofia ha introdotto nelle dinamiche della comunicazione fra volontario e assistito il recupero dell'azione, del gesto, di quegli elementi seppur minimi di muscolarità necessari a "rimettere l'anziano in piedi", affinché possa raccontare i suoi "acciacchi" camminando. La nostra convinzione si basa sulla certezza che il corpo, come la casa, è il fulcro delle nostre sicurezze ma, nel contempo, come la casa, può trasformarsi in un elemento ostile. La casa, la sicura casa, da cui nessuno desidera andarsene, non è che l'estensione del corpo... del corpo in azione. Che cos'è infatti l'esperienza se non una concatenazione di azioni significative? E quale valore può avere l'intervento o l'aiuto se non calato in un microcosmo, la casa, che non avrebbe alcun significato se non fosse vissuta? L'intervento di aiuto che conquista dignità nella domiciliarità, in un intero e in un intorno, non ha alcun significato se non si pone come primo obiettivo di dare voce al corpo.

Ridare voce a quel corpo che ha modellato la casa e che ora, suo malgrado, la sta trasformando nella propria tomba... la rinuncia all'azione è il paradigma della rinuncia del mondo. Ci si chiude allora in casa in attesa di uscirne "senza corpo". Annullare l'azione impone solitudine e rassegnazione e chi parla di domiciliarità non può trascurare questo aspetto fondamentale. Far riconquistare elementi seppur minimi d'azione verso l'ambiente è l'elemento basilico del "ritornare in vita": nessuna parola può sostituire il corpo. Il corpo è parola così come la casa è azione! Ascoltare diventa allora "abitare": ridare ascolto al corpo-casa.

TEORIA E PRASSI DELLA CULTURA DEL CORPO PER CHI INVECCHIA

Se le ricerche dimostrano l'importanza del movimento affermando che forse è l'unica "medicina" senza controindicazioni di cui si è dimostrata l'utilità, l'inserimento dell'attività motoria nella prevenzione e nella promozione della salute, affinché un rinnovato stile di vita ritardi e riqualifichi gli esiti dell'invecchiamento, stenta ad affermarsi dato che il movimento nella vecchiaia è considerato utile se assimilato alla fisioterapia, mentre si sta affacciando lo sport in tarda età considerato come prestazione... "nonostante l'età guardate che tempi e misure tizio o caio riescono ancora a fare!".

Ho seguito per oltre trent'anni l'evoluzione delle dinamiche di prevenzione e promozione della salute e, negli ultimi anni, come presidente nazionale degli anziani della più grande associazione europea di *sportpertutti* (la UISP ha oltre 1 milione e 300 mila soci) ho contribuito alla messa a punto di un piano integrato di intervento incentrato sul corpo in azione, che sono certo aiuterà lo stesso concetto di sport a rinnovarsi.

Lo *sportpertutti* ha bisogno di declinare le proprie generalità attraverso il concetto del "nessuno escluso" e i progetti per nuove politiche della salute devono mirare ad avviare azioni che credano definitivamente nel recupero della corporeità nell'accezione più ampia, e favoriscano interventi che non escludano alcun soggetto dai percorsi individuati.

L'attività fisica è importante per i soggetti giovani, ma lo è ancor più per gli anziani, anche malati e fragili. Infatti la sedentarietà, conseguente a numerose patologie croniche o interventi chirurgici, è causa di ulteriori menomazioni che favoriscono perdite delle capacità

funzionali dovute alla malattia primitiva inducendo nuove disabilità fra le quali il ritiro progressivo dalla partecipazione sociale. Per contrastare questo progressivo decadimento funzionale, visto dai più come ineluttabile, e per favorire la nascita di nuovi stili di vita, stiamo sviluppando nel nostro Paese progettualità che proponiamo alle ASL, alle Amministrazioni, e allo stesso mondo della promozione sportiva.

Negli ultimi anni abbiamo organizzato convegni patrocinati da vari ministeri, dall'ISS e da assessorati di Regioni e Comuni ed abbiamo avviato in decine di città italiane una nuova esperienza integrata. Il nostro scopo è quello di realizzare, di concerto con il sanitario ed il sociale, politiche che favoriscano nuovi stili di vita per la *grandetà* incentrate su una proposta di movimento che non escluda nessuno.

IL PROGETTO INTEGRATO

La nostra proposta può essere riassunta per sommi capi in:

- **Ginnastiche dolci:** il movimento "dolce" per la promozione e il mantenimento della salute per tutti, nessuno escluso, rappresenta il futuro della prevenzione nella salute individuale e nell'invecchiamento positivo della popolazione in quanto incide sullo stile di vita di ciascuno. Rilassamento, ginnastica posturale, ginnastica nei parchi, slowmove, giocagin, latingym, yoga, stretching, discipline orientali "dolci", protocollo sulle cadute, ballo da sala, ballo liscio, danze popolari, danze latino americane, bicicletta, bocce, trekking, fitwalking, frisby, sci di fondo, volano, fitness, giochi da tavolo, gite, settimane della rivitalizzazione, laboratori del corpo, feste (dal 1977 la UISP ha "fatto storia").
- **Acquaticità e ginnastica in acqua:** il movimento dolce in acqua (acquaticità) e la ginnastica (anca, ginocchio, riattivazione globale) rappresentano l'estensione delle ginnastiche dolci in ambiente non sottoposto alla forza di gravità. In assenza del peso (parziale o totale) i movimenti si liberano sperimentando la rotazione (venti anni di esperienze documentate sono più che una dimostrazione di utilità).
- **Attività Fisica Adattata (AFA):** attività fisica specifica "adattata" alle diminuite capacità funzionali conseguenti a condizioni croniche come l'artrosi del rachide, delle anche e delle ginocchia, gli esiti stabilizzati dell'ictus cerebrale e la malattia di Parkinson. Le ri-

ESPERIENZE

cerche presentate al convegno "Attività motoria preventiva e adattata: modelli organizzativi sul territorio" promosso dall'Istituto Superiore di Sanità a Roma l'8 giugno 2006 sono state ampie ed esaurienti. Migliaia di persone anziane frequentano questi corsi nella nostra associazione in Italia.

- **Ginnastica a domicilio (GADI):** ha come obiettivo la riattivazione psicofisica, cioè il recupero anche parziale delle capacità di autonomia nelle attività quotidiane e l'incremento delle relazioni e attività sociali per coloro che, pur non essendo portatori di particolari patologie, "non si muovono più di casa", perché condizionati da protratta sedentarietà o periodi di allettamento, in situazione di solitudine o depressione (la ricerca UISP-Auser-Università La Sapienza, sostenuta dal Ministero del Welfare in sedici città nel 2004/2005, ha monitorato il reinserimento di 85 delle 115 persone segnalate dalle ASL e S.S).
- **Ginnastica al Domicilio Residenziale (GADR):** ha la funzione di consentire una sorta di riappropriazione e coscienza delle facoltà residue della persona ricoverata in Strutture Residenziali, anche per malattie più gravi come l'Alzheimer e il Parkinson, affinché mantenga il più a lungo possibile la propria capacità operativa e soprattutto la inserisca nel contesto/sfondo della quotidianità (la ricerca nel 2006 presso l'ASL2 RSA di via Spalato a Torino ne ha dimostrato l'utilità).
- **Gruppi di cammino:** in alcuni luoghi (spazi verdi, vie chiuse al traffico) organizziamo gruppi di anziani che, seguiti da accompagnatori, sperimentano il cammino (da dolce ad intenso). Questo progetto, promosso dal Ministero della Salute, è attuato dalla nostra associazione da svariati anni.
- **Gruppi contro l'obesità:** vengono organizzati corsi specifici per i soggetti particolarmente obesi, e si aprono le porte degli altri corsi che la UISP promuove ai soggetti meno gravi al fine di inserire nel loro stile di vita il movimento che, sostenuto da una dieta appropriata e dai consigli del medico, sortisce una sorta di nuovo equilibrio (progetto in atto a Torino in collaborazione con l'Istituto di Dietologia dell'Ospedale Molinette e con l'ASLTO1 nell'ambito del Progetto Obesità Piemonte).
- **Gruppi per diabetici:** abbiamo aperto i corsi di motricità UISP territoriali ai soggetti diabetici e istituito corsi specifici in accordo con le associazioni di riferimento, che servono ad indirizzare verso una attività stabile e costante nel tempo.

IL PROGETTO, LE POLITICHE E LO STILE DI VITA

La forza di questo progetto sta nel tentativo di introdurre la dimensione corporea nell'immaginario e nella vita del cittadino anziano, per aiutarlo a recuperare e/o a mantenere, anche se fragile, le sue capacità psicomotorie e nel contempo contribuire alla individuazione di risposte di continuità fra il sanitario e il sociale per una integrazione reale.

Lo stile di vita non si "insegna", ma viene orientato dalle opportunità che le politiche educative, sociali e sanitarie mettono a disposizione del cittadino. Noi crediamo che la frammentazione delle proposte non vada dal fondo a favore della prevenzione e, soprattutto, che iniziative messe in campo da una sola entità (sia essa Asl, assessorato o singola associazione) non costruiscano il futuro della promozione della salute. La promozione della salute richiede programmi complessivi che raccolgano l'interesse e l'operatività di tutte le forze che ad essa concorrono. Le associazioni del cosiddetto tempo libero e sport, lungi dall'essere considerate le cenerentole di un processo, dovrebbero essere promosse a compartecipare a queste nuove politiche in quanto soddisferebbero la capillarità dei luoghi della pratica e dell'informazione, essenziale per la diffusione di nuovi stili di vita incentrati sulla pratica motoria, e aiutate ad incrementare i loro "saperi" sul corpo e ad aggiornare i loro tecnici, diventerebbero i primi attori del processo di prevenzione.

LA FORMAZIONE

Le buone pratiche da noi proposte richiedono programmi di formazione, già in atto in molte città in collaborazione con associazioni di anziani (La Bottega del Possibile, Auser, ed altre), rivolti non ad un personale selezionato, ad esempio al solo laureato in Scienze Motorie, ma a tutti coloro che rientrano nell'ottica delle politiche rivolte alla promozione del movimento. Pensiamo dunque in primo luogo al laureato in Scienze Motorie, ma anche all'assistente sociale, all'assistente familiare ed anche a colui che ha seguito percorsi di formazione legati alla pratica non sportiva (tecniche di rilassamento, di ginnastiche dolci, di yoga e altre ispirate alle filosofie orientali, ad esempio). Costoro hanno sviluppato un'esperienza legata al corpo, seguendo cicli di studi mirati, e la loro esperienza sul campo arricchireb-

be di certo la proposta. Anche se questo nostro intervento individualizzato e per gruppi non ha niente da condividere con la fisioterapia e la rieducazione, comunque per l'Attività Fisica Adattata sarebbe utile il fisioterapista per due ragioni: la prima è legata alla somministrazione ed all'arricchimento della proposta in sé, dato che questa è scandita da un protocollo ben conosciuto dai fisioterapisti; la seconda, invece, riguarda la selezione delle persone alle quali il protocollo gioverebbe, che verrebbero indirizzate verso l'AFA in modo da diminuire il numero di coloro che, stabilizzati nell'esito della loro patologia, si rivolgono al servizio di fisioterapia senza trarne ulteriori benefici ed intasando così le liste di attesa. L'Attività Fisica Adattata non può avere successo se al suo potenziamento non partecipano tutti, proprio tutti, gli addetti ai lavori: i medici di medicina generale, i fisiatristi e i medici ortopedici che la indicano ai loro pazienti in alternativa a cicli di fisioterapia, e gli stessi fisioterapisti che, accettandone la bontà per molti dei casi da loro trattati, contribuirebbero a sviluppare un servizio migliore per coloro che, invece, necessitano di interventi mirati particolarmente utili a migliorare le loro condizioni di salute.

COSA SUCCEDDE OGGI IN ITALIA

Ad oggi si sono sviluppate nel nostro Paese molte esperienze significative, sia al nord che al centro sud, grazie all'intervento di una importante Fondazione che ha stanziato una somma considerevole per il biennio 2008/2009; ogni realtà ha poi dato vita a una parte specifica del progetto, o per scelta degli amministratori e delle ASL, o per dichiarate difficoltà economiche. In una sola realtà locale, l'ASL di Vercelli, il progetto integrato di prevenzione e promozione della salute è stato promosso nella sua totalità con un importante impegno economico. Grazie ad un primario di fisioterapia preparato e coraggioso, e a un direttore generale lungimirante, da questo mese di gennaio 2009 si sta sviluppando il progetto complessivo in oltre 13 comuni, compreso il capoluogo Vercelli. Nell'arco di un anno si potranno analizzare numerosi parametri legati al numero degli iscritti, all'esito dell'intervento, all'incidenza sulla organizzazione degli stessi servizi territoriali, al risparmio per il sistema sanitario ed anche al gradimento delle proposte da parte dell'utenza.

Per quanto riguarda i costi, i promotori sanno che sono, in prospettiva, da limitare ai soli campi nei quali è

necessario un intervento individualizzato (GAD, GADR), benché servano a sostenere la fase iniziale di ogni corso organizzato. Dal secondo anno, però, tutte le proposte di gruppo (ginnastica dolce e piscina, AFA, gruppi di cammino, corsi per obesi e diabetici) diventano autosufficienti in quanto coperte dall'iscrizione del praticante che sottoscrive una quota di partecipazione.

IL CERTIFICATO MEDICO

Un limite alla diffusione del movimento è di certo la certificazione medica obbligatoria, con il conseguente pagamento del ticket per l'attività sportiva, ancora presente nella maggioranza delle regioni italiane, che di fatto è un ostacolo alla diffusione della pratica motoria non solo per gli anziani.

Il problema deriva proprio dal termine "attività sportiva", agonistica o non agonistica, nel quale si è racchiusa ogni tipo di pratica e che può creare confusione nel momento in cui viene esteso, impropriamente, anche "all'attività motoria" per tutti... nessuno escluso.

Allo stato attuale una persona seguita con la Ginnastica a Domicilio dovrebbe presentare un certificato medico per poter svolgere esercizi utili ad essere recuperata alla vita di relazione, così come una persona che svolge attività dolci o mirate a stare meglio nel proprio corpo.

Crediamo che ogni attività, svolta singolarmente o in gruppo, per fini legati alla prevenzione, alla promozione della tutela della salute e del suo miglioramento, e al piacere dell'esercizio, praticata da ogni persona, e che ben si adatta ad ognuno nelle sue varie specificazioni, non necessiti di alcuna certificazione sanitaria in quanto volta a diffondere fra i cittadini nuovi stili di vita attivi e salutistici. Se, in attesa di un intervento governativo, tutte le altre regioni abolissero il certificato medico, come già hanno fatto la Toscana, l'Emilia Romagna, il Trentino e il Piemonte, ne trarrebbe beneficio la salute e la prevenzione del nostro Paese.

A tal fine è necessario sensibilizzare gli assessorati alla salute e alle politiche sociali e il Sistema Sanitario affinché concorrano alla promozione e al sostegno delle attività che mettano al centro il recupero della corporeità dei cittadini e dei soggetti a rischio. Ciò favorisce un tipo di "prevenzione" oggi, in Italia, approssimativa o assente, perché incentrata sull'aspetto assistenziale propriamente detto che trascura ogni intervento vol-

ESPERIENZE

to a tentare di riattivare la persona che, per una molteplicità di ragioni, sta rinunciando al proprio corpo in azione. La limitazione del movimento spesso deriva "dall'invasione dell'aiuto": chiedendo non c'è più bisogno di muoversi per fare.

CONCLUSIONI

In questi ultimi anni ci siamo misurati con tutti i problemi che si frappongono tra le intenzioni e la realizzazione del progetto integrato incentrato sulla promozione del movimento. Il più importante attualmente è la carenza di risorse che da tutti viene additata come limite obiettivo allo sviluppo di qualsiasi innovazione. Crediamo che un po' di coraggio permetterebbe, previa verifica della positività di alcuni finanziamenti "a pioggia" per quanto riguarda l'assistenza, di dirottare o di correggere alcune linee attuali legate più all'assuefazione che ad effettiva utilità degli interventi proposti. Se attualmente in molte regioni non è possibile chiedere di accompagnare un anziano, recuperato dalla ginnastica a domicilio, due giorni alla settimana ad un corso di ginnastica dolce in un circolo sportivo, perché "la delibera prevede l'accompagnamento dal medico, all'ospedale, alla posta e alla banca", e se la prevenzione pare più cartacea che

operativa (molti sono i volumetti di consigli su cosa fare per star meglio in salute, mentre aumentano sempre più gli affitti delle palestre dove le associazioni di anziani organizzano "la ginnastica") e se, purtroppo ancor oggi, si ritiene il corpo separato dalla mente, come nelle più desuete teorie dualistiche, ebbene si deve ammettere che ancora molta strada resta da percorrere per erodere lentamente, ma con determinazione, una cultura che, rifiutando il corpo o considerandolo solo in termini di prestazione, delibera di conseguenza dirottando, molto spesso, fondi verso iniziative che nessuno verifica. Mentre è facile insinuare che un circolo "sportivo" guadagna molto dalle iniziative che promuove (e ciò è confutabile in specie se promuove attività per anziani), è molto più diffusa l'idea che chi invece si occupa di anziani debba essere sempre sovvenzionato, e allora spazio alle gite, alle feste ed anche a tutti i tipi di assistenza basata sull'ascolto.

Crediamo di aver dato una piccola opportunità di riflessione a quanti pensano che la cultura del corpo nel nostro Paese sia carente, e che vogliono contribuire a svilupparla in modo coerente, affinché non si ritorni agli slogan che hanno caratterizzato i consigli sulla salute "Deve camminare almeno una mezzora al giorno e vedrà che starà meglio" ai quali ognuno in cuor suo rispondeva "Passeggiare con chi, dove e come?".