

L'intervento psicomotorio in una società longeva

Benessere, prevenzione e qualità
della vita per anziani e caregiver

Donata Castiello, Anton Maria Chiossone
e Beatrice Longoni

GUIDE
EDUCAZIONE

**STRUMENTI DI PSICOMOTRICITÀ E DI TERAPIA DELLA
NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA**

Direzione Marina Massenz

ANUPI
Educazione

Erickson

IL LIBRO

L'INTERVENTO PSICOMOTORIO IN UNA SOCIETÀ LONGEVA

In una società sempre più longeva, prendersi cura della persona anziana significa riconoscere, accogliere e valorizzare la storia, il corpo e le relazioni che ogni individuo porta con sé. Questo volume propone un approccio alla psicomotricità in età anziana come esperienza globale, capace di integrare dimensione corporea, emotiva e relazionale. Attraverso una solida cornice teorica e numerose esperienze sul campo, il testo accompagna il lettore dentro contesti diversi — dagli anziani in salute alle situazioni di fragilità, dalle patologie neurodegenerative al sostegno dei caregiver — mostrando come il movimento, il gioco e la relazione possano diventare strumenti di benessere e di cura.

Una guida sulla psicomotricità in età anziana per promuovere benessere, relazione e cura attraverso il corpo, il movimento e l'ascolto della persona.

Arricchito da indicazioni metodologiche, suggerimenti operativi e riflessioni sulla postura professionale,

Un Paese sempre più anziano, ma ancora impreparato: ripensare la vecchiaia significa ripensare il futuro e trasformare questo nuovo scenario in opportunità.

il volume si rivolge a psicomotricisti, educatori, operatori sociosanitari e a tutti coloro che desiderano avvicinarsi a una pratica di cura fondata sull'ascolto, sulla relazione e sul rispetto della persona. Perché non è mai troppo tardi per giocare, incontrarsi e continuare a dare forma alla propria esistenza.

LE AUTRICI E L'AUTORE

DONATA CASTIELLO

Psicomotricista e vicepresidente di ANUPI Educazione. Coordina progetti psicomotori sul territorio milanese.

ANTON MARIA CHIOSSONE

Psicomotricista e TNPEE, presidente di ANUPI Educazione. Ha promosso il laboratorio di psicomotricità CreamCafè di Genova.

BEATRICE LONGONI

Assistente sociale specialista, si occupa di età anziana e disabilità. Docente a contratto all'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

STRUMENTI DI PSICOMOTRICITÀ E DI TERAPIA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA

DIREZIONE MARINA MASSENZ

Strumenti di Psicomotricità e di Terapia della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva nasce come luogo di confluenza di molteplici percorsi che il pensiero e le pratiche psicomotorie e neuropsicomotorie hanno disegnato e disegnano attualmente. L'obiettivo è quello di raccogliere e condividere prassi, elaborazioni e modelli teorici precisi, presentando con chiarezza specifiche procedure d'intervento e di valutazione, raccontando storie di rigore scientifico, passione ed entusiasmo professionale.

ANUPI
Educazione

Associazione Nazionale Unitaria
Psicomotricisti Italiani
di area socioeducativa

€ 22,00



www.erickson.it



MATERIALE ONLINE vai su:
<https://risorseonline.erickson.it>

Indice

<i>Presentazione di collana</i>	9
<i>Prefazione</i> (Fabio Comunello)	11
<i>Introduzione</i>	13
PRIMA PARTE	
L'età anziana in relazione alla psicomotricità	
CAPITOLO 1	
Lo scenario	19
CAPITOLO 2	
Gli anziani attivi, gli anziani fragili	31
CAPITOLO 3	
Gli anziani con demenza	43
CAPITOLO 4	
Le risposte ai bisogni di anziani e famiglie	57
CAPITOLO 5	
Luoghi e soggetti di vita e di cura	69
CAPITOLO 6	
La psicomotricità in età anziana	81
SECONDA PARTE	
Laboratori e pratiche psicomotorie con gli anziani	
CAPITOLO 7	
Contesti di attività psicomotoria e percorsi laboratoriali	97
CAPITOLO 8	
Verso la formazione dei gruppi	109
CAPITOLO 9	
L'esperienza del CreamCafè di Genova	127
<i>Tabella riassuntiva</i>	135
<i>Siglarario</i>	137
<i>Appendice</i>	139
<i>Bibliografia</i>	145

Lo scenario

Premessa

«L'Italia è un Paese di vecchi, ma non è un Paese per vecchi». In questa espressione sono racchiusi due aspetti di base della «questione anziana»: da un lato l'invecchiamento demografico, che ridefinisce la struttura della popolazione; dall'altro l'approccio culturale sotteso alle politiche, ai servizi e agli interventi, ai rapporti fra le generazioni e fra le persone. Come vedremo, nonostante il fenomeno sia ormai strutturale, l'invecchiamento della popolazione è ancora rappresentato e spesso percepito come un problema, anziché come una sfida di importanza storica, uno scenario inedito per tutti: si tratta di un'occasione mancata, di un tema che finora non è stato affrontato adeguatamente in termini di pensiero, prima ancora che di azione.

La «questione anziana» è il regno di alcuni paradossi:

- nonostante le trasformazioni avvenute, permangono sguardi opacizzati dagli stereotipi sull'invecchiamento;
- manca una progettualità politica di tipo strategico, a fronte di un tema che riguarda tutte le famiglie e la società intera;
- siamo il Paese più longevo del mondo, ma persistono ritardi e lacune normative, programmatiche e finanziarie;
- si pensa alla salute come tema anche pubblico e collettivo ma alla longevità come tema prevalentemente privato e individuale.

Per lo psicomotricista che intende lavorare con le persone over 65 è fondamentale acquisire conoscenze sui concetti chiave, sui dati più significativi, sulle diverse tipologie di anziani, sugli sguardi alla terza età. Tale preparazione è necessaria non solo per poter interloquire adeguatamente con anziani, caregiver, operatori e referenti organizzativi e istituzionali, ma anche per inquadrare in modo consapevole e competente il proprio intervento in uno scenario più ampio.

L'ABC della popolazione anziana

La definizione di «anziano» è oggetto di decisioni convenzionali e di rivisitazioni nel tempo. In passato la soglia di ingresso nella terza età era fissata a 60 anni, età pensionabile per i lavoratori maschi fino alla riforma previdenziale del 1992; non era inoltre consuetudine suddividere la popolazione anziana in fasce di età. Successivamente, la soglia è stata innalzata a 65 anni. Sono stati individuati sottogruppi per fasce di età: una suddivisione molto utilizzata è fra 65-74 anni (giovani anziani o *young old*), 75-84 anni (anziani di mezzo o *middle old*), 85 anni e più (grandi anziani o *old old*).

Più recentemente, le trasformazioni della terza età — caratterizzata per molte persone da un prolungato periodo di vita, talvolta di decenni, in buone condizioni di salute e autosufficienza, con adeguate capacità funzionali, benessere psicofisico, stile di vita attivo, possibilità occupazionali e relazionali — hanno portato a riconsiderare criticamente la soglia dei 65 anni. Confortata anche da analisi statistiche e demografiche (ISTAT, 2020b, pp. 18-19), la SIGG (Società Italiana di Gerontologia e Geriatria) ha proposto di innalzare la soglia di ingresso a 75 anni. Questo perché, da un lato, le condizioni psicofisiche e funzionali degli attuali 65-74enni sono molto migliori di quelle dei 65-74enni anche di poco tempo fa; dall'altro, i bisogni di cura e di assistenza riguardano oggi soprattutto le fasce di età più elevata. Ne consegue che, se le scelte politiche e la programmazione sanitaria si orientano agli over 65 anziché agli over 75, il rischio è quello di ipotizzare interventi e servizi quantitativamente irrealistici e dai costi insostenibili: considerare anziane le persone dai 75 anni in su potrebbe fare la differenza.¹

¹ In questa direzione va considerata la previsione dell'art. 40 del decreto legislativo 29/2024, attuativo della legge 33/2023 sulle politiche in favore delle persone anziane: tale articolo precisa che quanto previsto agli artt. 21-39 dello stesso decreto, sotto la voce «Disposizioni in materia di assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria e prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti», si applica agli over 70.

Ma cosa ne pensano i diretti interessati? Secondo un'indagine presentata alla London School of Economics, condotta intervistando oltre 12.000 over 65 in diversi Paesi, due ultra65enni italiani su tre dichiarano di non sentirsi anziani, quattro su dieci pensano che la vecchiaia inizi davvero solo dopo gli 80 anni (SIGG, 2018, p. 2). Tali affermazioni sono senz'altro influenzate da un dato oggettivo: la maggior parte degli over 65 presenta condizioni di salute e autosufficienza che, anche se non perfette, consentono una vita soddisfacente e di buona qualità.

Infine, il solo dato anagrafico non è sufficiente a identificare e distinguere le persone anziane, né rispetto alle persone tardo adulte (55-64 anni), né fra di loro. Se, considerati nel loro insieme, gli *young old* differiscono dagli *old old* per profilo, condizioni di vita e di salute, prospettive ed esigenze, entrambi questi ampi sottogruppi comprendono al loro interno persone parecchio eterogenee, da molti punti di vista.

Alcuni dati significativi

L'Italia è ai primi posti nelle classifiche sull'invecchiamento demografico, al punto da risultare il Paese europeo più anziano e da contendersi con il Giappone il primato del Paese più longevo del mondo. Diversi sono i fattori: un sistema sanitario universalistico sostanzialmente buono, la disponibilità di terapie efficaci, una rete familiare vicina e spesso presente lungo tutto l'arco della vita, una situazione ambientale particolarmente favorevole, il modello alimentare mediterraneo.

Secondo i dati ISTAT, gli over 65 nel 2040 diventeranno un terzo della popolazione italiana; nel 2026 sono oltre 14.800.000, pari a un quarto della popolazione totale (Figura 1.1). Gli over 65 hanno già superato il 25% dei residenti totali in undici regioni, sparse su tutto il territorio nazionale (Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Molise, Basilicata, Sardegna).

Dal punto di vista del genere, fra gli over 65 le femmine prevalgono sui maschi, in modo vistoso e progressivo all'aumentare della fascia di età (Figura 1.2). Rispetto ai maschi, le femmine in età anziana:

- risultano molto più spesso non coniugate (fra gli over 65 le nubili, divorziate o vedove sono quasi il quadruplo dei celibi, divorziati o vedovi). Sono infatti esperienze tipicamente femminili la vedovanza in età anziana e il vivere in solitudine l'ultima parte della vita;
- dispongono più spesso di carenti risorse economiche e patrimoniali (per minore retribuzione in età giovanile e adulta rispetto ad analoghe occupazioni

maschili, per lavoro domestico non retribuito, per una carriera lavorativa condizionata da crescita dei figli e cura di genitori e suoceri anziani, per pensioni di importo generalmente inferiore rispetto a quelle percepite dai maschi);
 – sono più a rischio di declino cognitivo, depressione e ansia.

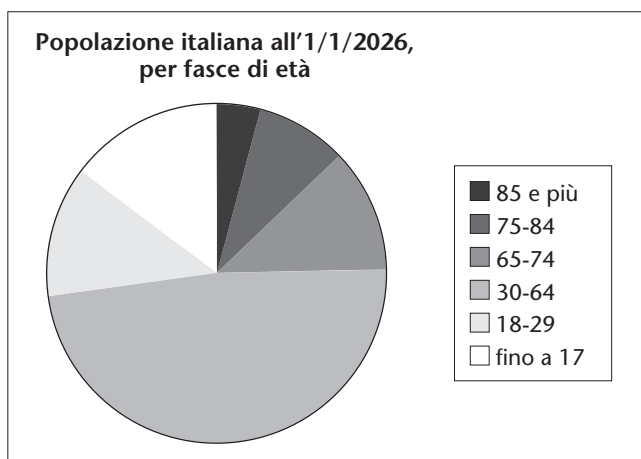


Fig. 1.1 Fonte: ISTAT. Demo – Demografia in cifre.

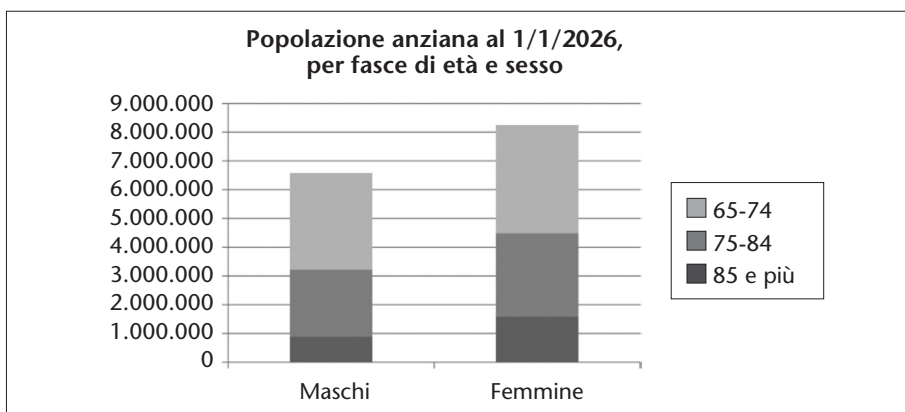


Fig. 1.2 Fonte: ISTAT. Demo – Demografia in cifre.

Della popolazione italiana over 65, una fetta rilevante (35%) risiede in città metropolitane (Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Reggio Calabria, Palermo, Messina, Catania, Cagliari). Il 45% di loro vive nel Comune capoluogo, il 31% è distribuito fra prima e seconda

Contesti di attività psicomotoria e percorsi laboratoriali

Premessa

In questa sezione si entrerà nel merito del lavoro psicomotorio con la persona anziana, mettendone in luce specificità, potenzialità e attenzioni necessarie. L'intervento in età avanzata richiede uno sguardo globale capace di integrare dimensioni corporee, emotive e relazionali. Ogni anziano porta con sé una storia, un corpo che cambia, fragilità e risorse che convivono: è a partire da questa complessità che il lavoro psicomotorio acquista significato.

Prima di approfondire gli aspetti teorico-pratici dell'intervento, è opportuno soffermarsi su alcune riflessioni generali riguardanti la qualità della relazione nella proposta psicomotoria. La relazione rappresenta infatti il fondamento dell'intervento, il contesto entro cui possono emergere fiducia, partecipazione e benessere. In particolare, l'attenzione si concentrerà su due aspetti centrali: il significato dell'«aver cura» nella sua accezione più ampia, inteso come atteggiamento di rispetto, attenzione e riconoscimento della persona nella sua dignità e unicità; e la qualità empatica dell'atteggiamento dell'operatore durante la seduta, intesa come capacità di ascolto, sintonizzazione e presenza autentica. Sono questi elementi a rendere l'intervento psicomotorio non solo efficace sul piano tecnico, ma profondamente significativo sul piano umano.

Aver cura dell'anziano

L'anziano non è un unicum riferibile a qualunque ambiente, situazione geografica, status economico e sociale, la persona anziana con la quale entriamo in relazione è l'espressione attuale di un percorso di vita personale che ha contribuito, con i suoi passaggi, a dare forma e sostanza all'individuo che incontriamo oggi. Hanno dato forma alla persona tutte le innumerevoli esperienze, volute o fortuite, che costituiscono la vita degli esseri umani. Alcune felici, altre faticose, altre ancora che lasciano segni nel corpo e nell'anima, tutte comunque fanno parte del bagaglio umano e vanno a interagire nell'articolazione della storia di ciascuno verso l'invecchiamento.

«Una buona cura tiene l'essere [umano] immerso nel buono» (Mortari, 2015, p. 13): con questa espressione densa ed evocativa la filosofa Luigina Mortari, tra le principali teoriche della pedagogia della cura, sintetizza il senso profondo dell'aver cura. È una definizione che si intende qui assumere come riferimento teorico e orizzonte valoriale dell'intervento. Proviamo allora a declinare questa formulazione concisa descrivendo le azioni positive dell'attività, così da rendere concreta l'idea dell'«immersione nel buono» (Tabella 7.1). Attraverso un'analisi a ventaglio si intende esplicitare la ricchezza dei significati che da tale prospettiva possono scaturire e le conseguenti ricadute nell'operatività laboratoriale.

Attraverso questo decalogo modificabile prende forma la cura nella proposta psicomotoria: individuare i bisogni dell'anziano nella contemporaneità è il primo passo per la costruzione di un intervento utile e positivo, che ha cura del soggetto di cui si fa carico. Quando parliamo di bisogni non facciamo riferimento soltanto ai bisogni di cure materiali o sanitarie, che sono comunque necessari al mantenimento di una vita degna, intendiamo piuttosto dare risposta ai bisogni relazionali, culturali, spirituali e sociali delle persone che faranno parte del gruppo in azione.

Individuare i bisogni del singolo e del gruppo non è cosa facile. Assumiamo intanto il principio base che non sia corretto costruire una graduatoria dei *bisogni essenziali*, in quanto sarebbe fuorviante utilizzare una «struttura gerarchica» (Mortari, 2015, p. 92), poiché in quanto «essenziali» sono tutti necessari alla qualità della vita di ciascuno. Lo psicomotricista deve farsi garante durante tutto il percorso laboratoriale della persona che viene accolta nel gruppo, e del gruppo nel suo insieme, alla luce dei principi e delle considerazioni che abbiamo elencato. L'atteggiamento tutelante dell'operatore, la sua disponibilità non solo professionale, la capacità di mettersi in sintonia con l'altro, di sostenerlo nel cammino esperienziale con se stesso e con gli altri concorrono alla realizzazio-

ne di un'azione di cura che esprime una forte valenza relazionale e che viene definita, in una sintesi molto efficace, con queste parole: «Si ha cura quando ci si occupa di *qualcosa di essenziale* (per conservare la vita e proteggerla, per aprire l'esistenza all'ulteriore, per riparare ferite) per l'altro e che l'altro da solo non è in grado di procurarsi» (Mortari, 2015, p. 91).

TABELLA 7.1
L'ambiente «buono» per l'anziano

L'ambiente «buono» per l'anziano è quello che gli consente di...	
• Sentirsi accolto	nella sua specificità espressiva e nelle sue attuali possibilità psicomotorie
• Essere stimolato	ad attivare tutte le sue competenze residue
• Essere aiutato	a ritrovare possibilità di relazione inaspettate
• Essere sostenuto	nell'orientarsi nelle nuove esperienze
• Essere tutelato	nelle sue fragilità
• Essere aiutato	ad alleviare le eventuali sofferenze
• Essere protetto	da tutto ciò che potrebbe creargli disagio
• Essere supportato	nella realizzazione del suo progetto di autonomia
• Essere accettato	nelle scelte di partecipazione (attiva/passiva) ¹

Definire essenziale l'aver cura di qualcuno colloca l'azione rivolta all'anziano in una dimensione di relazione profonda con la realtà vitale di ogni partecipante. Questi contatti con la vita dell'altro coinvolgono anche la nostra esistenza, così che nella dinamica nei rapporti si crea una sorta di reciprocità: si dà e si riceve, in uno scambio continuo, in una modificazione di arricchimento che coinvolge tutti i soggetti presenti.

Parole e gesti dell'azione di cura

L'azione di cura, in qualunque contesto, si concretizza attraverso parole e gesti, la questione di fondo è «quali sono le parole giuste e i gesti adeguati»

¹ La partecipazione attiva si caratterizza per il coinvolgimento in tutte le fasi dell'incontro. La partecipazione passiva o, meglio, osservativa, è definita dalla scelta di non partecipare (temporaneamente) all'azione, ma di restare ai margini a osservare come gli altri agiscono, e scegliere di entrare in gioco in momenti successivi.

I laboratori per i diversi gruppi di anziani

Anziani e grandi anziani in salute

La durata degli incontri e la loro frequenza si concordano con i partecipanti e/o con i committenti; solitamente si propongono sedute della durata di 90/120 minuti, con una frequenza settimanale o quindicinale, per un periodo di 8/10 sedute. Proporre cadenze più ristrette o più dilatate fa parte dei vincoli, delle circostanze e degli accordi che si riescono a stipulare con i committenti e i partecipanti.

Descriviamo accuratamente una sequenza di attività psicomotoria con una premessa necessaria: la proposta rivolta sia ai «giovani anziani sani» che ai «grandi anziani sani», può variare nei tempi, nell'intensità e nella durata delle diverse sessioni secondo le competenze e la tenuta che i partecipanti mostrano. Cura e attenzione particolari vanno dedicate ai segnali di affaticamento, allo sforzo eccessivo, alle azioni rischiose che possono accadere. In questi casi è compito del conduttore promuovere un rallentamento o una pausa, che non devono demotivare le persone, al contrario devono renderle consapevoli dei limiti che il corpo segnala e invitare ad accordare il più possibile il desiderio alla possibilità reale delle proprie abilità personali.

La scansione del tempo delle sedute e le diverse attività sono rappresentate in Tabella 8.1.

TABELLA 8.1
Seduta tipo con anziani sani

Accogliere i partecipanti.
Far sedere tutti in cerchio per il saluto iniziale e lo scambio di qualche battuta; si raccomanda il saluto personalizzato con il nome di ciascuno.
Ricordare che l'esperienza che andranno a vivere tutela la libertà di espressione di ciascuno e si svolge in assenza di giudizio da parte del conduttore.
Guidare un primo momento di risveglio corporeo individuale: proporre massaggi e allungamenti di alcune parti del proprio corpo (prendersi cura delle braccia, delle gambe, oppure del viso o dei piedi).
Occupare lo spazio nella sala per muoversi a piacere: sollecitare la variazione (tono, velocità, andatura, ripetizione). Incontrare l'altro con lo sguardo, con un tocco della mano/oppure il suo contrario (scansare, sfuggire), giocare sulle varianti spaziali e temporali (vicino/lontano, lentamente/velocemente).
Proporre alcuni materiali: scoperta del materiale nelle sue caratteristiche e nelle sue funzioni, promuovere la sperimentazione di tutte le possibilità.

Far trovare un partner e sperimentare insieme: scambi, tempi, spazio, relazione. Questa fase occupa la parte centrale dell'azione: il conduttore sostiene l'evolversi dell'esperienza con la voce, con la sua partecipazione attiva, con la musica o con la proposta di altro materiale; solitamente accade, o lo si può suggerire, che la coppia diventi gruppo e il gioco diventi corale e più ricco.

La tensione dell'azione corale si stempera progressivamente e diminuisce, accompagnata da una musica evocativa e da una conduzione che invita a rallentare. Il tempo della conclusione prevede un ritorno verso una ricerca individuale che riguarda il ritmo, lo spazio, l'oggetto.

Concludere la sessione pratica con la proposta di un momento abbastanza lungo di rilassamento guidato, meglio se eseguito in posizione supina o da seduti.

Chiudere l'incontro con la verbalizzazione di ciò che si è provato durante l'esperienza.

Salutare e dare appuntamento per il prossimo incontro.

Il momento finale della verbalizzazione costituisce uno spazio dedicato alla rielaborazione dell'esperienza: seduti in cerchio, i partecipanti sono invitati a esprimere un commento su quanto vissuto. Ognuno può scegliere liberamente se intervenire oppure limitarsi all'ascolto, condividendo — se lo desidera — impressioni, emozioni o riflessioni, nel rispetto dei propri tempi e della propria sensibilità. Questo momento è sempre emotivamente carico di aspettative, è utile lasciar fluire la narrazione anche quando si esplicitano fatti personali che sembrano esulare dal contesto. Quando i partecipanti fanno l'esperienza del racconto, ascoltato o prodotto, prendono consapevolezza dei significati delle azioni e delle emozioni che sono state risvegliate durante le fasi operative e nella relazione con sé e con gli altri. Questo passaggio conclusivo è particolarmente utile per costruire insieme la storia del gruppo e dare un senso alla partecipazione individuale e collettiva.

Anziani fragili: malati di Parkinson o Alzheimer

Abbiamo già sottolineato come sia più adatta una composizione omogenea del gruppo per lo svolgimento di un'attività che è finalizzata principalmente al mantenimento e al recupero delle funzionalità compromesse dalla patologia.

Le due patologie (Parkinson e Alzheimer) sono molto diverse nelle manifestazioni sintomatiche; quindi, anche le proposte psicomotorie devono essere calibrate sulle possibilità e sulle capacità del gruppo, ma devono tener conto allo stesso tempo dello stadio della malattia dei singoli partecipanti.

Nell'articolo della psicomotricista e formatrice Serena Anichini (2021) ci si riferisce al concetto di «terapie non farmacologiche», una tendenza che

si va affermando e promuove tutte quelle pratiche che, affiancando le terapie farmacologiche, vanno a sostenere nei malati le competenze motorie compromesse ai vari livelli, ma soprattutto la socializzazione, l'espressività mimica e gestuale, e l'affermazione di sé nella relazione giocosa in un «ambiente» non giudicante e accogliente.

In relazione all'attivazione di un gruppo con patologie conclamate, solitamente questi gruppi vengono realizzati all'interno di un contesto di cure più ampio e rivolto anche ai caregiver: si tratta di Fondazioni o di Associazioni di familiari, che rappresentano situazioni strutturate dove interagiscono medici specialisti, psicologi, fisioterapisti e molti altri, che offrono al malato un «sistema» di interventi combinati. In queste circostanze è opportuno, anzi necessario, coordinarsi con la struttura ospitante per fornire un intervento in sintonia con l'insieme delle proposte di supporto e andare così a contribuire al complesso delle cure. Quindi si prevederanno incontri di raccordo e confronto che saranno occasione preziosa di scambio, consapevolezza, interazione e crescita. Si propongono di seguito alcune indicazioni di metodo e di procedura relative alla conduzione di un gruppo caratterizzato da patologie omogenee.

Anzitutto, risulta necessario documentarsi con cura sulle caratteristiche funzionali della patologia e sulle ricadute psicologiche che essa comporta, così da fondare l'intervento su una conoscenza approfondita della condizione dei partecipanti. È inoltre opportuno prevedere un periodo di osservazione, la cui durata andrà valutata in base alla situazione, dedicato sia al singolo sia al gruppo. In questa fase verranno proposte attività che potranno essere successivamente rimodulate sulle effettive possibilità dei partecipanti, al fine di consentire una progettazione più adeguata e coerente con i bisogni rilevati.

Particolare attenzione dovrà essere riservata ai tempi di ciascuna fase dell'incontro, così da garantire ritmi e modalità compatibili con le necessità individuali: lasciare e dare tempo a ciascuno di sviluppare la propria esperienza rappresenta una condizione essenziale.

Anche la sperimentazione del proprio limite, che fa parte integrante della pratica, dovrà avvenire in condizioni di sicurezza e con le protezioni opportune, attraverso una presenza attenta del conduttore, la vicinanza fisica e una voce capace di accompagnare, sottolineare e contenere.

Infine, dovrà essere evitato l'affaticamento. In alcune patologie, come nel Parkinson, si osserva una stanchezza legata all'impegno richiesto per compiere gesti e movimenti che non rientrano più in schemi esecutivi automatici, ma che devono essere «cercati e costruiti» come in una fase di nuovo apprendimento. Gli aggiustamenti motori richiesti nello svolgimento di un'azione, anche quando desiderata e gradita, implicano uno sforzo su più livelli — di attenzione e con-

centrazione, di coordinamento neuromuscolare, di coinvolgimento emotivo, di adeguamento alla richiesta — che può generare stanchezza e sovraffaticamento. Le ricadute di questo processo sono non soltanto di ordine fisico, ma soprattutto psicologico; esse concorrono a costruire nell'anziano la sensazione di essere inadeguato e non più in grado di rispondere alle richieste, conducendo a un ripiegamento, alla rinuncia dell'azione o ancor peggio all'abbandono dell'attività.

In Tabella 8.2 si semplificano la scansione del tempo delle sedute e le diverse funzioni e finalità dell'attività psicomotoria, che esulano da qualsiasi valutazione di tipo prestazionale.

TABELLA 8.2
Seduta tipo con anziani fragili

Accogliere il gruppo e salutare individualmente i partecipanti.
Proporre un'attività di attivazione corporea stimolando dolcemente il corpo con movimenti semplici per migliorare mobilità, coordinazione e percezione fisica.
Favorire l'incontro con l'altro attraverso attività che promuovono ascolto, fiducia e relazioni positive.
Incentivare la collaborazione e il sostegno reciproco per rafforzare le dinamiche positive di gruppo.
Aiutare i partecipanti a percepire meglio il proprio corpo, i propri limiti e le proprie risorse.
Chiudere l'incontro con la verbalizzazione di ciò che si è scoperto e provato durante l'esperienza. Offrire uno spazio per riconoscere ed esprimere le emozioni vissute.
Salutare e dare appuntamento per il prossimo incontro.

Per una riflessione articolata e documentata sul laboratorio con i malati di Alzheimer, rimandiamo alla lettura del Capitolo 9.

Si ritiene opportuno dedicare uno spazio specifico alla conduzione e alla valutazione dei materiali da proporre a questa tipologia di anziani, considerando attentamente le caratteristiche della patologia e le ricadute che essa comporta sulle abilità e sulle competenze motorie residue. La scelta e l'utilizzo dei materiali non possono essere neutri, ma devono essere coerenti con le possibilità effettive dei partecipanti e orientati a garantire sicurezza, accessibilità e significatività dell'esperienza. Un'attenzione particolare deve essere rivolta ai rischi di disequilibrio, che possono manifestarsi soprattutto nei cambi repentini di posizione o di direzione. In tali situazioni entrano in gioco simultaneamente diversi elementi, che richiedono un monitoraggio attento e una gestione prudente da parte del conduttore:

- la velocità dell'azione;
- il coinvolgimento di più persone nell'azione;
- il materiale utilizzato;
- la musica di sfondo.

La velocità dell'azione, individuale o di gruppo, è in questi casi un elemento che va controllato e guidato: deve sempre essere garantita la sicurezza di tutti. I partecipanti vanno educati e invitati a percepire, ad accettare e a saper gestire i propri tempi sia nel movimento individuale che nello scambio relazionale. Sono da evitare le musiche troppo ritmate e veloci che invitano ad aumentare la velocità dei movimenti; è meglio tenere come sfondo all'attività musiche che richiamano i rumori naturali dello scorrere dell'acqua, dello stormire delle foglie, del vento che accarezza l'erba alta o altri suoni simili che si possono agevolmente trovare in rete.

In alcune circostanze è preferibile una conduzione più direttiva, con indicazioni e tempi suggeriti dal conduttore, per evitare i rischi che possono scaturire da incertezze di interpretazione o da una percezione poco chiara dell'azione da sviluppare.

Nell'ambito dei materiali sono da evitare i grandi palloni, in quanto possono invitare ad azioni di disequilibrio oppure a sperimentazioni motorie difficili da controllare, così come l'uso di mattoncini utilizzati con altri partecipanti per esperienze di equilibrio dinamico.

Anziani non autosufficienti e allettati

Quando le condizioni della struttura nella quale sono inseriti lo consentono è possibile sviluppare anche con questa tipologia di anziani un'attività psicomotoria. Essa dovrà assumere forme e modalità adeguate al contesto specifico, adattandosi alla situazione reale e considerando prioritariamente le capacità motorie dei partecipanti e gli spazi disponibili per lo svolgimento delle attività. Per gli anziani non autosufficienti, la condizione in cui possono partecipare al laboratorio psicomotorio li vede solitamente seduti sulla carrozzina con la quale si spostano, o vengono spostati, nello spazio o seduti su una sedia e per gli spostamenti utilizzano il deambulatore.

Valgono per questi gruppi tutte le valutazioni e le indicazioni già definite per la costruzione di un rapporto di fiducia. Saranno invece diverse e calibrate sulle possibilità dei partecipanti sia la durata delle proposte che la scelta dei materiali utilizzati. L'azione e l'attivazione motoria sono riferite per necessità alla mobilitazione del tronco, degli arti superiori e di quelli inferiori, e della testa.