

CICLO CONFERENZE GALLIERA VENETA SALA CONSILIARE

prof. Diego Sarto

PERCORSI MOTORI PER MIGLIORARE LA QUALITA' DELLA VITA

Lo sviluppo dell'attività fisica nella popolazione anziana

Strategie e azioni di educazione motoria per la popolazione anziana. Attività fisica e salute: un binomio non scindibile

Il legame tra attività fisica e salute è immediato e intuitivo.

Un atleta durante una competizione o una qualsiasi persona impegnata in un gesto sportivo anche di moderata intensità evocano in tutti l'idea di un soggetto in stato di buona salute, anzi, in uno stato di ottima funzionalità psico-fisica che consente di trarre il meglio dal proprio corpo. Tuttavia proprio questa idea di esercizio fisico come attività "speciale" ha portato per lungo tempo a sottovalutare la rilevanza dell'esercizio motorio abituale come strumento di salute per ogni individuo e la necessità che questo tipo di comportamento debba essere presente in tutte le persone, non solo a scopo di prestazione sportiva e/o di attività ricreativa, ma anche per lo sviluppo, il mantenimento ed il recupero di una condizione di buona salute.

Il ruolo dell'attività fisica nei documenti internazionali

Dalla fine degli anni '80, in coincidenza con una maggiore attenzione verso la salute come elemento globale della persona, inizia a intravedersi nei documenti internazionali anche l'esercizio fisico come uno degli aspetti da considerare e da promuovere in tutta la popolazione per migliorarne la condizione di salute (vedi ad esempio la Carta di Ottawa). L'acquisizione di importanza è completa nell'Health 21 dove l'attività fisica appare finalmente distinta dal più riduttivo concetto di sport ed è invece associata all'ambiente (Obiettivo 10) e ad altri comportamenti positivi quali una corretta alimentazione o un moderato uso di alcool (Obiettivo 11).

Un documento fondamentale per il riconoscimento della relazione tra attività fisica e salute è la relazione del ministero della sanità americano pubblicata nel 1996 che raccoglie i risultati di alcuni fondamentali studi epidemiologici compiuti negli Stati Uniti, per definire l'attività fisica come un requisito non eliminabile da una politica sanitaria di promozione della salute. Si fa strada inoltre l'attenzione a comprendere quali destinatari dello sviluppo dell'attività fisica anche le fasce più deboli della popolazione, in particolare gli anziani.

Il focus sulla popolazione anziana

Il progressivo invecchiamento della popolazione mondiale è una delle emergenze sanitarie che negli ultimi anni ha richiamato l'attenzione di tutti coloro che sono impegnati nella programmazione e nella gestione delle risorse sanitarie. Di fronte al progressivo allungamento della vita sono due gli obiettivi fondamentali da perseguire: l'incremento degli anni passati in buona salute e la riduzione degli anni di disabilità e dipendenza.

Esistono molte evidenze che la pratica dell'attività fisica è una condizione basilare per queste finalità.

Nel 1997 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha recepito questi risultati pubblicando le "Linee guida di Heidelberg" per la Promozione dell'attività fisica nella popolazione anziana, che individuano i presupposti e le modalità operative per raggiungere gli obiettivi di salute sopra enunciati, richiamando inoltre gli effetti dell'attività fisica non solo sulla funzionalità fisica, ma anche su vari aspetti psicosociali cruciali per la vita dell'anziano.

Le strategie e le azioni

A livello nazionale esiste un vasto consenso su questi punti-chiave fatti propri anche dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 che ha ripreso questi aspetti, identificando l'incremento dell'attività fisica nella popolazione anziana come uno degli obiettivi primari, riaffermato anche nell'attuale Piano recentemente definito. Questo aspetto è valorizzato anche in molti Piani Sanitari Provinciali. Le azioni concrete realizzate in Italia in questo settore sono tuttavia meno numerose rispetto ad altri ambiti, tanto che è nota e documentata una carenza di informazioni e di dati nazionali nel campo dell'esercizio fisico per la popolazione anziana. Questa difficoltà dipende dalla già citata difficoltà di separare attività fisica per la salute da attività sportiva e forse anche da specifiche carenze nei processi formativi e culturali degli esperti, responsabili e ricercatori, che nel nostro paese hanno per lungo tempo portato a sottovalutare tutto ciò che attiene all'ambito fisico e motorio. Si tratta certamente di una situazione in cambiamento, anche alla luce dei sempre più frequenti confronti con gli altri paesi europei, ma rimane un ritardo non irrilevante da recuperare.

La postura

Le alterazioni morfo-funzionali nell'anziano ci portano a dover rianalizzare aspetti comportamentali apparentemente scontati. L'analisi posturale e la coscientizzazione dei deficit, inconsciamente acquisiti, devono essere al centro del nostro percorso RI/EDUCATIVO.

Il termine *postura* può essere riferito ad una visione di tipo globale o analitico. Nel primo caso si intende l'atteggiamento del corpo nelle infinite relazioni con l'ambiente esterno, mentre nel secondo caso la relazione reciproca tra le varie parti del corpo. Il *controllo posturale* si attua mediante l'azione dei sistemi senso-motori che è organizzata al fine di contrastare la forza di gravità a cui è soggetto il corpo. Ciò avviene generando attività muscolare sufficiente a sostenere il peso del corpo (tono posturale), regolando la posizione reciproca dei segmenti corporei e controllando la stabilità posturale. La stabilità implica che si instauri un equilibrio tra forze stabilizzanti e forze destabilizzanti l'equilibrio

del corpo. Il *controllo della stabilità posturale* è riferita alla capacità di mantenere il centro di gravità all'interno del poligono delimitato dai piedi con il minor dispendio energetico e compressivo / irritativo delle strutture osteo-articolari.

Per questi motivi abbiamo previsto di selezionare, tra le varie opportunità, tre unità didattiche che riguardano:

a) la percezione del corpo e la dinamica dei contatti

b) la respirazione e le interrelazioni senso-posturali

c) le catene cinetiche e la funzionalità organica.

La ginnastica posturale fa parte da sempre del patrimonio terapeutico del chinesologo e del chinesiterapista. Essa risponde al desiderio di ripristinare gli equilibri tra i vari distretti corporei sia a livello osteo-articolare che muscolo-legamentoso. Molti sono gli studiosi che hanno dato vita alla ricerca in questa direzione tra questi ricordiamo: Zander, Kirmisson, Lorenz, Redard, Sayre.

La persona che più di altre ha segnato una tappa importante in questo settore è Françoise Mezieres, che nel '39 pubblicò un piccolo opuscolo di 60 pagine nel quale riferiva alcune sue osservazioni empiriche e traeva da queste alcune considerazioni di tipo teorico. Queste osservazioni erano allora in contrasto con le linee guida della comune ginnastica medica, che aveva come principio quello del rafforzamento muscolare. Solo nel '67 Souchard, allievo di Mezieres, riorganizza e ripropone il metodo in modo più scientifico. Da allora molti autori riutilizzano i principi base di questa metodica cercando di migliorare o integrare il metodo.

- Il principio cardine consiste nel ritenere la muscolatura posteriore del corpo eccessivamente contratta anziché ipotonica, come normalmente riteneva la scuola classica. La tensione dei muscoli posteriori determina, a livello della colonna vertebrale, l'esagerazione delle curve sagittali e delle scoliosi.

- Il secondo assunto del metodo afferma che per mantenere la stazione eretta una persona non necessita di nessuna azione muscolare, se esiste equilibrio.

- Il terzo assunto descrive le curve fisiologiche del rachide non come somma di cifosi e lordosi, ma come somma di lordosi che nel punto di congiunzione formano una cifosi. Da questo osserva che la causa di tutte le alterazioni sul piano sagittale, sono dovute a problemi delle lordosi. La lordosi è sempre primaria, la cifosi e la scoliosi sono deformazioni secondarie.

Da queste osservazioni per la prima volta si trova la nozione di catena cinetica posteriore, "il totale allungamento di un muscolo posteriore, determina un accorciamento degli altri muscoli della catena".

Il diaframma se si blocca altera la funzionalità del rachide e a sua volta una alterazione funzionale crea una tensione che limita o blocca l'azione del diaframma.

La funzione non può essere ritrovata che attraverso la correzione della forma.

Da tale assunto si deduce che:

-I muscoli posteriori costituiscono una catena ipertonica che bisogna rilassare nel loro insieme.

-Il blocco diaframmatico deve essere evitato.

-La correzione delle lordosi comporta una rotazione interna che bisogna impedire.

-La restituzione di una buona morfologia permette il recupero della funzione.

Questo porta alla definizione del metodo che tratta: posture di stiramento muscolare attivo che mirano ad allungare nel loro insieme i muscoli antigravitari, i muscoli rotatori interni ed

i muscoli inspiratori, allo scopo di risalire dal sintomo alla causa delle lesioni, restituire la buona morfologia e, come logica conseguenza, di recuperare la funzione.

Nelle nostre lezioni cercheremo di sviluppare alcuni di questi aspetti che ovviamente richiederebbero ben più tempo e continuità.

grazie

