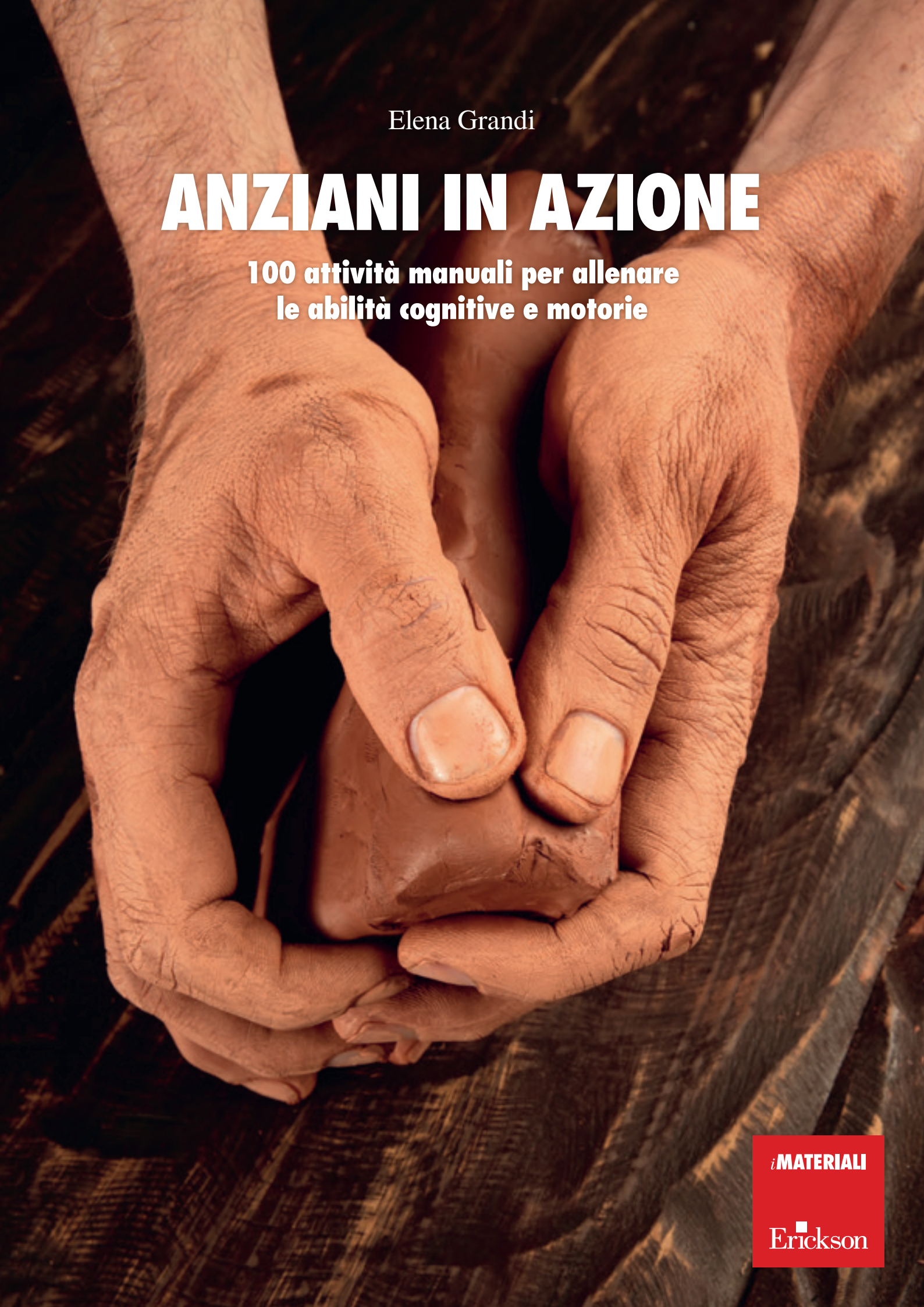




Elena Grandi

ANZIANI IN AZIONE

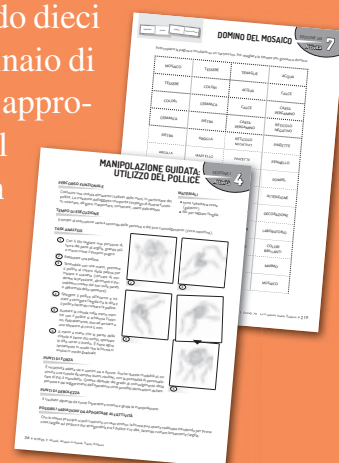
**100 attività manuali per allenare
le abilità cognitive e motorie**

*i***MATERIALI**

 **Erickson**

Motivare la persona anziana «a fare» è un pilastro dell'intervento psicosociale e una delle maggiori difficoltà a cui va incontro l'operatore. Questo manuale si propone di offrire strumenti, materiali e suggerimenti illustrando le caratteristiche dell'intervento psicosociale e proponendo dieci sezioni dedicate a diversi mediatori, con più di un centinaio di schede operative. Tutte le sezioni hanno una scheda di approfondimento curata da una persona con esperienza nel campo. Le attività rimandano una all'altra, creando un intreccio di proposte, così che l'operatore potrà utilizzarle calandole nella propria realtà culturale a misura della propria utenza.

1. La prima sezione illustra l'attività pratica con l'argilla.
2. La seconda realizza le attività che si possono proporre grazie alla gestione di un piccolo orto.
3. La terza sottolinea l'importanza della tessitura e il possibile impiego del telaio per attività a tavolino.
4. La quarta descrive le attività con la carta per costruire oggetti di facile realizzazione.
5. La quinta spiega l'utilizzo del mandala.
6. La sesta indica varie modalità di disegno adatte all'anziano.
7. La settima riconosce l'importanza della lettura con e per l'anziano.
8. L'ottava propone il mosaico in modo diverso da quello tradizionale.
9. La nona è dedicata alla costruzione degli alberi delle stagioni quale importante elemento di orientamento temporale.
10. L'ultima sezione è rivolta a chi si occupa di corsi di formazione per i caregiver familiari.



ISBN 978-88-590-2083-7



€ 23,50

INDICE

7	Presentazione (<i>Andrea Canevaro</i>)
11	Prefazione (<i>Daniele Villani</i>)
15	Introduzione (<i>Elena Grandi</i>)
17	PRIMA PARTE – La teoria
19	Le caratteristiche degli interventi psicosociali nel programma di stimolazione cognitiva e occupazionale per la persona anziana con disabilità
27	SECONDA PARTE – Le attività
29	SEZ. 1 Argillanziani. Pensieri fatti di terra
55	SEZ. 2 Ortoanziani. Pensieri nei profumi della terra
95	SEZ. 3 Tessituranziani. Pensieri intrecciati in una rete
115	SEZ. 4 Cartanziani. Pensieri fatti di carta
145	SEZ. 5 Mandalanziani. Pensieri colorati
163	SEZ. 6 Disegnanziani. Pensieri trasformati in segni
189	SEZ. 7 Letturanziani. Pensieri guidati dalla voce
209	SEZ. 8 Mosaicoanziani. Pensieri incastonati
221	SEZ. 9 L'albero che orienta. Pensieri rivolti al cielo
245	SEZ. 10 Le attività psicosociali con il caregiver
265	Postfazione
267	Bibliografia
271	APPENDICE – Le fotografie
273	Gli oggetti delle attività

Presentazione

di Andrea Canevaro¹

Liberarsi e liberare. Dagli stereotipi

Questo libro di Elena Grandi può avere una chiave di lettura: va controcorrente cercando di liberare dagli stereotipi. Molti anziani ne sono vittima e ne sono prigionieri. Il loro stereotipo riguarda le capacità cognitive: chi è anziano non ricorda? Dunque se non ricorda, non riconosce. Se non riconosce, non conosce.

E così, la catena del sillogismo confluisce nel pregiudizio.

Ma occupiamoci delle nostre parole.

Riconoscere è una parola derivata. Non potrebbe esistere se non ci fosse *conoscere*, che rimanda alle Scienze Cognitive. Ma si possono immaginare «Scienze Ricognitive»? Le conoscenze vengono sovente indicate con riferimento ai contenuti. E le riconoscenze? Ai ricontenuti?

Rogers (1970) ci aveva insegnato a distinguere fra tre tipi di conoscenza:

- la conoscenza soggettiva
- la conoscenza oggettiva
- la conoscenza interpersonale o fenomenologia, che per noi richiama gli studi di Piero Bertolini (1958).

Le Scienze Cognitive nascono da Jerome Bruner e George Miller, ad Harvard, negli anni Cinquanta del Novecento, come reazione alla moda dilagante del comportamentismo, che pretendeva che tutto si esplicitasse nei comportamenti osservabili come effetto di stimoli osservabili, rifiutando ogni indagine sui processi mentali. A sua volta il comportamentismo era nato, in una continua concatenazione, come reazione alla moda dell'interpretazionismo.

Eventuali Scienze Ricognitive a che moda reagirebbero? Forse non tanto a una moda, quanto a un'abitudine. Quella di un certo comportamentismo pragmatico, che a volte convive con dichiarazioni di profonde convinzioni anti-comportamentiste e che nega ogni processo mentale a chi viene individuato come mentalmente disabile. È una posizione un po' «naturalistica»: la «natura» distribuisce e dispensa i suoi doni, e vi sono le persone dotate, che hanno procedure mentali, e quelle

¹ Professore emerito all'Università di Bologna e studioso di fama internazionale, fin dagli anni Settanta è impegnato sul fronte dell'inclusione sociale. Ritenuto il padre della Pedagogia Speciale in Italia, è autore e curatore di numerosi testi e pubblicazioni.

meno dotate, che non ne hanno. Allora, *riconoscere* può significare ammettere che viviamo i nostri pre-giudizi.

Ma può anche voler dire lasciare la dinamica reattiva e riconoscere, come ci insegna Elena Grandi, le tracce. Perché i passaggi da una ipotesi all'altra si potrebbero leggere non tanto come reazioni, quanto come successioni che edificano su e con le macerie. Così come accade per certi edifici, ad esempio i luoghi di culto, che in occasione di restauri rivelano di essere stati fondati nello stesso luogo, e utilizzando gli stessi materiali, di un precedente edificio.

Riconoscere le tracce è importante, e anche appassionante. Può aiutare a superare un certo «settarismo», che a volte porta a sostenere un'ipotesi con spirito purista e assoluto, e che fa disprezzare tutto ciò che non coincide con quella specifica ipotesi, fingendo di non accorgersi, o non volendo accorgersi, che ogni ipotesi ha qualche debito e qualche intreccio con le altre, precedenti o coetanee. Per l'autismo infantile, ad esempio, vi sono state molte azioni di affiliazione seguite da ripudio, sconfessione, lapidazione, ecc.

Attorno al 1990 era di moda citare Maturana, possibilmente insieme a Varela. Essendo una moda, sono bastati pochi anni perché restassero in pochi a fare riferimento a questi studiosi. Citando Maturana (1993, p.77): «ho mostrato che per qualsiasi particolare circostanza in cui un sistema vivente viene distinto [riconosciuto], la conservazione del vivente (conservazione dell'autopoiesi e dell'adattamento) costituisce comunque un'azione adeguata in quelle circostanze, e dunque conoscenza: *i sistemi viventi sono sistemi cognitivi e vivere è conoscere*». Ne deriviamo che per conoscere occorre *essere riconosciuti*.

Ma torniamo al sistema del riconoscimento. E della stima. François Tosquelles (1969) definiva l'educatore come l'autore della parola, impegnato a essere efficace attraverso l'impiego della parola. E spiegava questa indicazione ponendo l'educatore in antitesi alla posizione che ne faccia un «maestro» in autorità, tale da non dover spiegare le proprie attitudini e decisioni, le proprie conoscenze e la propria ideologia. L'autorità è il messaggio, non misurabile dalla parola dell'altro, confrontabile con altre parole.

L'etimologia della parola *riconoscere* ci porta a considerare la sofferenza e il dolore. E «quando si parla del “proprio dolore fisico” e del “dolore fisico di un'altra persona”, può quasi sembrare che si stia parlando di due ordini di eventi completamente distinti. La persona che soffre coglie il dolore “naturalmente” (cioè non può *non* coglierlo, neppure con uno sforzo eroico); mentre per chi è estraneo al corpo sofferente, ciò che è “naturale” è *non* cogliere il dolore» (Scarry, 1990). Chiuso nel proprio dolore, un individuo è solo *sofferente*. Lo stesso individuo, trovando simpatico un altro individuo, ed essendone ricambiato, trova il modo di dare alla sua sofferenza *naturale* un'espressione *culturale*. La simpatia è un vettore di elaborazione linguistica. E non solo per chi si incontra come singolo individuo. Primo Levi, trasformando la propria vicenda di sofferenza *naturale* in parole scritte, dimostra efficacemente, proprio per lo stile della testimonianza della sua opera letteraria, di aver iniziato il suo impegno con un pre-giudizio positivo: la simpatia per chi leggerà. Questa simpatia ha avuto altre formulazioni: i critici hanno sottolineato l'assenza di esibizione del ruolo della vittima. Primo Levi non chiede simpatia come vittima che vuole un risarcimento, è un testimone che non giudica, vuole capire. Possiamo dire che utilizza il parametro della simpatia.

Il parametro della simpatia, nel caso di una educatrice o un educatore, non va confuso con il rapporto a priori paritario. Alla fine, dice Paulo Freire, il facilitatore sta rinunciando al proprio dovere di insegnare, che è il dovere del dialogo.

In realtà, l'educatrice che diventa facilitatore rifiuta il compito straordinario di porre un oggetto come mediatore tra sé e gli studenti. In altre parole, il facilitatore finisce per non assumere il proprio ruolo di educatore dialogico che può illustrare l'oggetto di studio. Dobbiamo mettere da parte un'idea semplicistica di dialogo come pura tecnica. Il dialogo caratterizza una relazione epistemologica. In questo senso, dunque, il dialogo è un modo di conoscere, e non dovrebbe mai essere concepito come una semplice tattica per coinvolgere gli studenti in un certo compito (Freire e Macedo, 2008).

Ma l'educatrice è a sua volta riconosciuta? Dall'argilla, sì. Lo scopriamo nel libro.

L'argilla è altruista. Regala pensieri fatti di terra. Lo è dal momento che mette insieme e d'accordo terra e acqua e, cosa straordinaria, ferro e fuoco, diventando terracotta. È chiaro che l'argilla si presta a diventare lo spunto per lanciarsi nella simbologia e nei miti. Ma non è di questo che tratto per accompagnare il libro di Elena Grandi. Torniamo alla zolla.

L'argilla altruista è malleabile. Non è detto che chi manipola l'argilla sia malleabile. Ma l'argilla è altruista. Prende la forma che vogliamo darle. O che possiamo darle. Non è detto che ciò che vorremo fare si realizzi. Ma l'argilla, altruista e malleabile, può rivelarci che, anche se non corrisponde a ciò che vogliamo, quello che riusciamo a fare può avere un valore, forse estetico. Può renderci in qualche modo malleabili. E questo ci dà qualche goccia, o magari di più, di autostima. Dal fango riusciamo a far nascere la bellezza.

In questo modo, l'argilla diventa arzilla. E il passaggio, oltre al discutibile gioco di parole, significa che le mani permettono risultati che la mente, forse persa nella nebbia, non avrebbe permesso e non immaginava, ossia non anticipava la realizzazione con un'immagine ipotetica. Questo avviene grazie all'alleanza e alla collaborazione dell'argilla. Elena Grandi spiega e documenta magistralmente il percorso. Il circuito mani-argilla si apre a un terzo elemento, il triangolo si apre e può diventare poligono. Imparentato con un processo a spirale che fa salire il livello, permette di rompere il vincolo della contiguità, perché viene attivato un processo che accredita un prodotto al di là della presenza fisica vicino al prodotto stesso e all'artefice. La ragione del libro di Elena Grandi è anche questa: permettere un giudizio positivo, largamente meritato, da parte di chi legge senza conoscere l'autrice e senza conoscere le persone artefici del passaggio argilla-arzilla. Spieghiamo meglio.

«Riconosco in quella persona chi mi ha aggredito».

«Riconosco di aver sbagliato, non è quella la persona che mi ha aggredito».

In queste due affermazioni troviamo la provvisorietà della parola. E anche la sua funzione di nesso, vettore che unisce, nel tempo, in un processo che è sempre in costruzione, le nostre convinzioni e la realtà che ci circonda. Siccome tanto le nostre convinzioni quanto la realtà che ci circonda sono provvisorie, dovremmo accontentarci e concludere che il riconoscere è a sua volta provvisorio.

Apriamo una parentesi per riflettere sul fatto che gli stereotipi e la provvisorietà si rinforzano reciprocamente, cosa che a prima vista sembrerebbe impossibile. Gli stereotipi possono essere, purtroppo, invincibili. Come possono essere rinforzati dalla provvisorietà, e a loro volta rinforzarla? Se lo stereotipo è un «a priori», un pre-giudizio, la provvisorietà, che mette in dubbio ogni risultato di indagine, finisce per rendere ancor più solido lo stereotipo. Elena Grandi documenta. Forse questo può scalfire i pregiudizi? È quello che speriamo.

L'argilla diventata arzilla grazie alle mani di chi l'ha appunto manipolata, rimanda all'artefice un'immagine positiva. È sufficiente? No, ci vuole un occhio

altro, che a sua volta rimandi e consolidi quell'immagine positiva. È il riconoscimento. Si tratta, per gli esseri umani, di un sistema complesso, con un gioco di specchi che dovrebbe alzare gradualmente il livello di riconoscimento dell'immagine positiva. Se un essere umano che sta crescendo realizza qualcosa di valido e riceve l'approvazione di sua madre, è contento perché è stimato dalla persona a cui è legato da un profondo affetto. Senza che l'affetto per la madre venga meno, crescendo può desiderare la stima di chi, ad esempio, è competente nello sport in cui si impegna. Ha bisogno di una stima qualificata e riconosciuta anche da altri. Prende forma il sistema complesso del riconoscimento.

Riposizionamento significa possibilità che un individuo si ricollochi rispetto a una mappa di percorso, portando a sviluppi diversi da quello che sembrava — per riprendere un termine utilizzato da Sergio Neri (2001) — il suo destino. Riposizionarsi significa capire che non si è su una strada nella nebbia e che bisogna solo seguire quel marciapiede, quella linea tratteggiata, ma scoprire che vi sono crocicchi, incroci, anzitutto per evitare di percorrerli senza badare a chi viene da un'altra direzione ma anche per capire la possibilità di cambiare strada migliorando la propria situazione. È un linguaggio figurato ma neanche tanto. Vi è la possibilità, che abbiamo spesso praticato, di individuare un percorso che colleghi la situazione che una persona vive nell'attualità a un luogo ideale che vorrebbe raggiungere e che sembra precluso per la sua condizione, per il suo modo d'essere. È possibile collegare questi due punti in un ipotetico spazio-mappa, scoprendo che non vi è il deserto tra i due punti: vi sono altri elementi che compongono il paesaggio della vita futura, collegata alla vita passata e alla vita presente: un paesaggio più ampio in cui ci si posiziona, apre possibilità di percorrere delle strade e di raggiungere delle posizioni più vicine a quel luogo ideale, anche se non fosse raggiunto. È il processo dell'umanizzazione. Per certi aspetti è simile a quello del riconoscimento. Le donne ne sanno qualcosa. Il loro riposizionamento significa riconoscimento sociale.

È certamente vergognoso mettere in poche righe il faticoso cammino che stanno facendo le donne del mondo per ottenere riconoscimento sociale. In questa fatica si colloca anche il bel libro di Elena Grandi. Con, in particolare, la richiesta che il suo titolo di studio — che l'autore di queste note ha avuto la fortuna di accompagnare al traguardo — sia finalmente riconosciuto. Per poter riconoscere pienamente gli e le artefici dell'argilla-arzilla.

Don Milani dichiarava che, quando andava dal suo vescovo, a Firenze, voleva onori da «tappeto rosso». Non per la sua persona, ma per le persone che rappresentava. È lo stesso per Elena Grandi: l'argilla diventa arzilla e lei può dare un riconoscimento a chi ne è stato artefice. E a sua volta vuole il riconoscimento del suo essere educatrice.

Finalmente una brava educatrice è riconosciuta dall'argilla!

Prefazione

di Daniele Villani¹

Questo di Elena Grandi è un manuale importante e utile per chiunque abbia a che fare con le persone anziane.

Cercherò di articolare le riflessioni che, dopo avere letto *Anziani in azione*, mi hanno portato a questa affermazione. Farò ricorso alla mia consuetudine con persone anziane e le loro famiglie, soffermandomi in particolare su anziani, e meno anziani, affetti da deterioramento cognitivo o demenze di vario tipo.

Parto da lontano. Nei primi anni Ottanta del Novecento lavoravo, già da qualche tempo, in un reparto ospedaliero di medicina riabilitativa. La riabilitazione era agli albori, così come la conoscenza dell'eterogeneo — e già allora in crescita — mondo degli anziani che, in alta percentuale, occupavano i posti letto del nostro reparto di riabilitazione. Si trattava, allora come oggi, di persone anziane che avevano perduto, in parte o del tutto, la propria autonomia. Oggi sappiamo che ad affliggere la persona anziana non sono tanto le malattie, quanto la perdita o il calo dell'autonomia, conseguenza di malattie o eventi familiari e sociali. Questo concetto, oggi acquisito, era allora sconosciuto e gli interventi sanitari erano volti alla guarigione delle malattie che avrebbero potuto far seguito alla dimissione dall'ospedale, con poco interesse per le malattie croniche non-guaribili e per la compromissione dell'autonomia. La mia formazione internistica, frutto degli studi nella prestigiosa Università di Pavia, mi aveva fornito ben poche conoscenze nell'uno e nell'altro settore di cui mi stavo occupando: pochissimo di geriatria, nulla di riabilitazione. Mi trovavo così quotidianamente alle prese con persone anziane amnesiche, con problemi afasici, agnosici, aprassici, disesecutivi. Solo più tardi avrei capito appieno il senso di queste parole e del loro correlato fenomenologico. Ma queste persone, ai miei occhi e anche a quelli dei miei bravi primari e aiuti (allora si chiamavano così), erano una massa grigia di persone «fuori di testa», disturbanti, non collaborative o peggio. Ovvero, la precisione terminologica e nosografica che si esercitava nel definire i vari tipi di malattie cardiologiche, ematologiche, pneumologiche, infettivologiche — in poche parole, internistiche — si perdeva completamente quando a essere colpito non era il cuore o il fegato, ma «semplicemente» il cervello. Quest'organo, indiscutibilmente il più nobile e importante del corpo umano, era oggetto di attenzione quando colpito da infarti, emorragie, tumori; ma quando, e

¹ Daniele Villani è responsabile dell'Unità operativa di Riabilitazione neuromotoria (ambulatorio di Geriatria e Centro per il deterioramento cognitivo e le demenze), presso la casa di cura «Figlie di San Camillo» di Cremona.

accadeva molto spesso, il malfunzionamento del cervello si esprimeva con difficoltà di memoria, comportamenti bizzarri, irrequietezza incomprensibile, disturbi del sonno e così via, il malato entrava in una terra di nessuno, dove la diagnostica, la cura, l'assistenza, la riabilitazione erano contenitori vuoti.

Decisi di occuparmi di queste malattie e di questi malati, cosa che ho continuato a fare nei successivi — quasi — quarant'anni.

Una delle prime scoperte, e qui vengo ai contenuti del libro, fu il potere dell'osservazione, dell'ascolto e della comunicazione. Incominciai a parlare di più con il paziente, mettendomi dalla sua parte, ad ascoltare le infinite difficoltà, lamentazioni, sofferenze dei familiari. Il tempo della comunicazione diventò per me preziosissimo per capire e per imparare, raramente per dare delle risposte. Sì, pochissime risposte, perché all'epoca gli strumenti che avevamo a disposizione erano quasi inesistenti. Lo studio della demenza, durante il corso di studi universitari, era limitato a poche (due-tre) pagine di testo, quasi mai oggetto di domanda in sede di esami. Il *neuroimaging* si risolveva nella TAC, esame utile solo per escludere qualche situazione particolare, ma praticamente inutile per fare diagnosi delle più comuni forme di demenza, malattia di Alzheimer *in primis*. MRI, MRI funzionale, PET-FDG o con i ligandi di amiloide e Tau, SPECT, ecc. erano lontane a venire. L'esame del liquor, nel settore demenze, non aveva nulla da dire. La valutazione neuropsicologica, strumento oggi di straordinaria efficacia in fase diagnostica e di *follow-up*, era in divenire e riservata ad ambiti avanzati di ricerca. Farmaci non ne avevamo, fino al 1997. Per non parlare dei servizi, ambulatori dedicati (UVA, oggi CDCD), centri diurni, caffè Alzheimer, terapia occupazionale, terapie non farmacologiche: un grande vuoto. La cosa che però mi stupiva, riempiendomi di speranza, era constatare che, in mezzo a questo deserto tecnologico-culturale, avevo degli strumenti capaci di alleviare la sofferenza del malato e del familiare. Questi strumenti erano quelli dell'ascolto, dell'empatia, della comunicazione, dei pochi ma spesso preziosi consigli pratici, che miravano solo ed esclusivamente a semplificare le azioni quotidiane e migliorare la qualità della vita del malato e del familiare. Sì, malato e familiare, perché già allora era chiaro, grazie al contributo delle associazioni di Paesi anglosassoni e di preziosi libri — tra cui *Una giornata di 36 ore*, come capofila di analoghi *booklets* —, che la demenza colpiva il malato e il nucleo familiare, e che entrambi andavano «curati».

Malattia strana e difficile, la demenza. E anacronistica. Questa malattia, che sta mettendo a dura prova i sistemi sanitari di tutto il mondo, destinata a diventare una delle prime cause di morte e di «anni di vita persi» (Foreman et al., 2018), è anacronistica perché richiede interventi e pone problemi in controtendenza con la moderna medicina. La tecnologia, al tempo, non era di grande aiuto e i farmaci non guarivano e spesso neppure rallentavano la malattia. L'osservazione, il dialogo, le strategie comportamentali, il supporto, il *counselling*, l'assistenza continua sono le armi più efficaci a nostra disposizione: occorre molto tempo per prendersi cura di questi malati, e di tempo, chissà perché, non ce ne è mai nella medicina contemporanea (e anche nella nostra vita, per la verità). Procedure e protocolli servono a poco. Insomma, gran parte delle armi di cui disponiamo per combattere altre grandi malattie (le cardiopatie, il cancro, l'ictus) sono armi spuntate nella cura della persona con demenza. In questo senso essa rappresenta una sfida a sistemi sanitari nati e cresciuti su malattie diverse, spesso impreparati e impotenti davanti alle malattie neurodegenerative. Il modello medico, abituato a fronteggiare le malattie secondo la logica per cui a uno o più sintomi corrisponde

una malattia e la malattia va guarita con farmaci o interventi chirurgici/radioterapici, non trovava applicazione pratica nella demenza, malattia allora come oggi inguaribile. Inguaribile ma non incurabile. Su questa variabile semantica si apriva un grande spazio d'interventi. Perché se è vero che la malattia di Alzheimer è, ancora oggi, una malattia inguaribile, è altrettanto vero che noi possiamo (e dobbiamo) utilizzare tutti quegli interventi che consentono di rallentare il decorso, mitigare i disturbi comportamentali, migliorare le relazioni con la famiglia e con la rete sociale, dare una risposta ai bisogni, ai desideri, alle domande delle persone malate. Uscire quindi dalla logica malattia-farmaco, non/guarigione-sconfitta, per passare alla cura centrata sulla persona.

Una svolta culturale e metodologica circa la necessità di una cura globale della persona con demenza viene negli anni Novanta del Novecento dal modello definito Gentlecare di Moyra Jones e soprattutto dal Person-Centred Approach (PCC), ovvero Cura centrata sulla persona, di Kitwood.

Tom Kitwood, professore di Psicologia gerontologica dell'Università di Bradford, elabora nel 1992 un importante costrutto culturale e metodologico di approccio alla persona con demenza, che trova la sua espressione completa nel libro *Dementia reconsidered: the person comes first* (Kitwood, 1997).

L'ipotesi di fondo della PCC è la seguente: pur nella consapevolezza che la compromissione neurologica dovuta al danno cerebrale sia la causa principale della demenza, Kitwood ritiene che ci siano molti altri fattori che incidono profondamente sul vivere quotidiano della singola persona che ne è affetta, su come agisce, sente e pensa. Il decorso della malattia è visto come il frutto della complessa interazione tra più fattori, che sono la compromissione neurologica, la salute e il benessere fisico, la storia biografica, la personalità, la psicologia sociale. Particolarmente interessante e importante è il ruolo che Kitwood attribuisce a quella, da lui definita, psicologia sociale, termine con cui riassume una serie di comportamenti sociali che possono incidere negativamente sul decorso della malattia, imprimendogli un andamento «maligno». In quella che Kitwood chiama «psicologia sociale maligna» troviamo comportamenti spesso riconoscibili nella pratica quotidiana: la stigmatizzazione, l'inganno, l'esautoramento, l'esclusione, il discredito, l'infantilizzazione, l'imposizione, l'accusa, la derisione, ecc.

In estrema sintesi, l'approccio di cura della persona con demenza deve seguire queste direttrici:

- valorizzare la persona con demenza
- trattare la persona come individuo riconoscendone l'unicità
- vedere le cose con la prospettiva della persona con demenza
- offrire un ambiente sociale positivo in cui la persona malata possa trovare benessere.

È chiaro dunque che la cura di questi malati non deve limitarsi ai farmaci, ma che è necessaria una serie di strategie comportamentali e d'interventi (detti terapie non-farmacologiche) di varia provenienza e di differente solidità scientifica. Queste ultime, nel corso degli anni, si sono moltiplicate e, in molti casi, hanno assunto la dignità di una vera e propria terapia.

Il libro di Elena Grandi descrive con estrema chiarezza, passione e professionalità alcuni interventi psicosociali, accomunati da premesse fondamentali che vorrei ricordare:

- le attività vincenti sono quelle che hanno la capacità intrinseca di modificarsi per adattarsi alle persone e alle loro reali possibilità;

- la proposta del fare deve nascere dalle richieste del paziente, ma può essere anche suggerita dal familiare o dell'operatore che ne conosce gusti e preferenze;
- la relazione che s'instaura è una relazione di aiuto, pertanto non è rilevante avere buon cuore, essere altruista, avere saldi principi e alti valori morali, servono invece competenze specifiche.

In altre parole, servono personalizzazione dell'intervento, rispetto della volontà del malato e, ultimo ma di estrema importanza, competenze specifiche. Non è sufficiente fare qualcosa o tentare di attivare una persona (che a volte, non dimentichiamolo, non vuole essere attivata) per ritenere di avere attuato una terapia non-farmacologica. Quante volte, nella mia vita professionale, ho visto nascere e praticare interventi fondati solo sulla buona volontà, sulla generosità, sull'altruismo: ottimi valori morali, che, disgiunti però dalle competenze e dalla professionalità, possono creare danno, oggettivando il malato e trasformandolo in un esperimento da laboratorio.

Infine, nella seconda parte del libro di Elena Grandi, quella — diciamo così — pratica e descrittiva, ogni singolo intervento, dall'argilla all'albero, viene analiticamente descritto. Voglio sottolineare l'estrema ricchezza descrittiva dei vari metodi, che potranno essere messi in pratica dagli operatori, utilizzando questo prezioso «libretto di istruzioni», il tutto corredato da disegni evocativi, accomunati da un tratto di normalità che spesso manca ai manuali del settore.

Il clima generale del libro di Elena Grandi non è quello asettico e freddo del laboratorio, ma quello caldo e autentico della vita di tutti i giorni.

Insomma, a chi di noi, per il momento nel pieno possesso delle proprie facoltà cognitive, non verrà voglia, dopo avere consultato il libro di Elena Grandi, di costruirsi un orto in un vecchio cassettone o un erbario da tenere in studio?

Introduzione

di Elena Grandi

Ho sempre ricercato nella cultura attività che potessero motivare le persone anziane a «mettersi in azione». Tale ricerca è stata fruttuosa perché ho tarato il mio punto di vista sulla persona e sul suo contesto di appartenenza. Ciò mi ha permesso di capire che le attività vincenti sono quelle che hanno la capacità intrinseca di modificarsi per adattarsi alle persone e alle loro reali possibilità. In poche parole sono quelle che hanno la caratteristica del mediatore. Questa «scoperta» mi ha aiutata a tenere sempre alto il coinvolgimento nel mio lavoro con le persone con demenza, perché mi ha guidata nella pratica di tutti i giorni.

Il manuale si compone di due parti:

- la prima affronta le caratteristiche dell'intervento psicosociale;
- la seconda comprende dieci sezioni dedicate a diversi mediatori, con circa un centinaio di schede operative. Tutte le sezioni hanno una scheda di approfondimento curata da una persona con esperienza nel campo e sono collegate tra loro dal gioco del domino. Le attività, avendo la caratteristica del mediatore, rimandano una all'altra, creando un intreccio di proposte, in modo che l'operatore possa utilizzarle calandole nella propria realtà culturale a misura della propria utenza.

Ciascuna sezione operativa è dedicata a un tema specifico.

1. La prima illustra l'attività pratica con l'*argilla*.
2. La seconda realizza le attività che si possono proporre grazie alla gestione di un piccolo *orto*.
3. La terza sottolinea l'importanza della *tessitura* e il possibile impiego del telaio per attività a tavolino.
4. La quarta descrive le attività con la *carta* per costruire oggetti di facile realizzazione.
5. La quinta spiega l'utilizzo del *mandala*.
6. La sesta indica varie modalità di *disegno* adatte all'anziano.
7. La settima riconosce l'importanza della *lettura* con e per l'anziano.
8. L'ottava propone il *mosaico* in modo diverso da quello tradizionale.
9. La nona è dedicata alla costruzione degli *alberi delle stagioni* quale importante elemento di orientamento temporale, tenendo conto del possibile utilizzo dei mediatori illustrati per la loro realizzazione.
10. L'ultima sezione è rivolta a chi si occupa di corsi di formazione per i *caregiver* familiari.

Questo manuale è fortemente legato all'opera *Costruire la storia di vita con la persona con demenza* pubblicato dalle Edizioni Centro Studi Erickson nel 2016. Tale legame è dato dal fatto che alcune sezioni (argilla e carta) qui trovano un prosieguo importante, perché vengono spiegate in modo più approfondito. A loro volta sono collegate ad altre proposte interessanti, quali la tessitura, il mandala, il disegno, il mosaico, l'orto, la lettura. I due volumi sono collegati l'uno all'altro tramite la parte teorica del primo, che spiega come progettare le attività attraverso la conoscenza della persona, la ricerca delle abilità strumentali, fino agli aspetti essenziali per progettare un'attività.

Vorrei, infine, continuare a sottolineare l'importanza che riveste la storia di vita per la persona anziana (anche con demenza) e suggerire agli operatori che registrare attraverso la fotografia le attività che gli utenti esercitano nel tempo trascorso presso le varie strutture dove sono ospiti è un modo importante e proficuo per continuare a esercitare la memoria, costruendone una esterna: l'album.

Le caratteristiche degli interventi psicosociali nel programma di stimolazione cognitiva e occupazionale per la persona anziana con disabilità

*La misura dell'amore
è amare senza misura.*
S. Agostino

L'intervento psicosociale si attua avvalendosi di fattori che, in qualità di predittori o moderatori, giocano un ruolo rilevante nelle vicende di salute-malattia. Si tratta di un intervento diretto a gruppi, organizzazioni, comunità, che si esplica prevalentemente in *setting* naturali e si propone di migliorare la qualità della vita e l'*empowerment* dei soggetti a cui si rivolge, vale a dire il loro stato di salute inteso come benessere bio-psico-sociale.

L'esperienza insegna che, per programmare bene un qualsiasi intervento psicosociale, non si può agire senza criterio, ma occorre una linea teorica che guidi il nostro operare di *caregiver*.¹

Può essere utile tenere conto di questi punti per indirizzare la propria linea di azione:

1. centralità della persona
2. obiettivo dell'intervento psicosociale
3. caratteristiche dell'intervento psicosociale
4. modalità operativa per attuare l'intervento psicosociale
5. setting dell'intervento psicosociale
6. mediatori utilizzati nell'intervento psicosociale.

¹ La parola «caregiver» deriva dalla letteratura anglosassone e significa letteralmente «colui che presta le cure». In italiano non esiste una parola che abbia lo stesso significato, per cui viene usato il termine inglese distinguendo, però, in:

- caregiver informale, detto anche «primary caregiver», che corrisponde al figlio, al coniuge e più raramente a un altro familiare o un amico;
- caregiver formale, ossia il medico, l'infermiere, l'assistente sociale, l'educatore o qualsiasi altro professionista.

Il termine «caregiver» sottolinea il ruolo di responsabile attivo nella presa in carico di questo impegno e viene usato per designare la funzione di supporto e di cura esercitata da una persona, solitamente all'interno del proprio nucleo familiare, nei confronti di un parente che si trovi in una condizione di difficoltà (Fasanelli et al., 2005, p. 83).

Con «caregiving», invece, si intendono tutte le attività assistenziali adottate nelle relazioni in cui viene espressa in modo tangibile la volontà di proteggere e migliorare il benessere di una persona con disabilità.

La centralità della persona

È importante capire che cosa significhi *essere persona* per mettere l'individuo al centro del proprio intervento. Kitwood sintetizza il concetto in queste poche righe: «[essere Persona è] una condizione o uno stato conferito all'essere umano, da altri, nel contesto della relazione e dell'essere sociale. Implica riconoscimento, rispetto e fiducia. Sia il conferimento dell'essere Persona, sia la sua mancanza hanno conseguenze empiricamente verificabili» (Kitwood, 2016, p. 25).

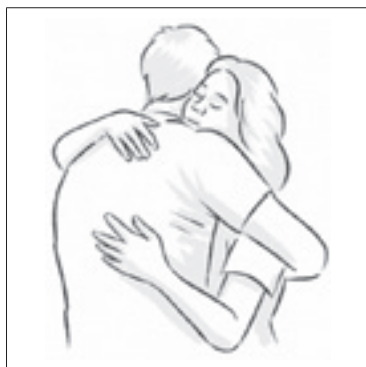
L'obiettivo dell'intervento psicosociale

Anch'esso viene indicato da Kitwood e risponde alle necessità della persona anziana. Il concetto di bisogno muta a seconda del sistema culturale in cui viene espresso, per cui è impregnato dei significati e dei valori di quella cultura. È importante, quindi, comprendere le necessità della persona anziana così da preservare l'*essere persona* di fronte alla perdita delle capacità mentali. Il *bisogno* per eccellenza che viene espresso dalle persone anziane è essenzialmente quello di *essere amate* per ciò che sono, di un amore che comprende cinque bisogni sovrapponibili.² Essi sono:

- l'*attaccamento*, condizione necessaria per vivere bene, a qualsiasi età, per tutti! Nella malattia di Alzheimer le persone richiedono un legame di attaccamento forte, come lo era nell'infanzia;



- il *conforto*, inteso come tenerezza, vicinanza che genera sicurezza;



² «Il soddisfacimento di uno di questi bisogni induce, in qualche misura, il soddisfacimento degli altri. Le distinzioni sono arbitrarie, i confini sfuocati» (Kitwood, 2016, p. 114).

- l'*identità*, gravemente compromessa soprattutto nella malattia di Alzheimer a causa dell'evaporazione dei saperi, della frantumazione della memoria, del proprio sé;



- l'*inclusione*, ossia il bisogno di socialità, determinato dal fatto che l'uomo si evolve se sta con i propri simili. Quando la possibilità di relazione viene meno, la persona anziana, e maggiormente quella con demenza, tende a rinchiudersi nella bolla dell'isolamento;



- l'*essere occupati*, cioè essere coinvolti nella vita quotidiana in attività significative, che tengano conto delle capacità delle persone e del loro potere.



A supporto di quest'ultimo punto si vuole sottolineare l'importanza del fare, fortemente sostenuto dalla scienza dell'occupazione. Come ha scritto in un suo libro Julie Cunningham Piergrossi, terapeuta occupazionale, «fare significa dare un motivo alla vita, significa personalizzarla, poiché ognuno di noi ha un suo passato di attività fatte che l'hanno portato ad essere quello che è» (Cunningham Piergrossi, 2006, p. 35).

La scienza dell'occupazione è nata nel 1989 all'Università della California del Sud e si definisce come «una scienza umana, sia di base sia applicata, che studia la forma, la funzione e il significato dell'occupazione dentro e fuori il contesto terapeutico» (Cunningham Piergrossi, 2006, p. 35).

Essa spiega che tutte le occupazioni possono essere incluse in tre aree distinte, chiamate «sfere della vita», che sono *le attività per la cura di sé* (alimentarsi, vestirsi, preparare il pranzo, fare la spesa, prendersi cura della casa, della propria salute, gestire il denaro), *il lavoro o lo studio* (attività lavorative o di apprendimento, occupazioni produttive, volontariato), *il gioco* (attività del tempo libero, hobby, interessi culturali, attività manuali o artigianali, giochi).

Questa semplice ma complessa distinzione ci consente di ragionare sull'*importanza dell'occupazione e del fare, essenziali per la salute della persona*.

Le caratteristiche dell'intervento psicosociale

Le caratteristiche dell'intervento psicosociale sono sintetizzate nel concetto, straordinario per la sua semplicità, di «mediatore». Esso nasce nell'ambito della pedagogia speciale ed è stato coniato da Andrea Canevaro, che lo spiega con la metafora di «colui che vuole attraversare un corso d'acqua che separa due sponde e non vuole bagnarsi: mette i piedi sulle pietre che affiorano. Forse butta una pietra sull'acqua per costruirsi un punto di appoggio dove manca. Questi appoggi sono i mediatori, coloro che forniscono sostegno e si collegano l'uno all'altro» (Canevaro, 2008, p. 9).

Tale concetto racchiude alcune parole chiave, quali *pluralità, integrità del soggetto, flessibilità e positività*. Infatti, i mediatori:

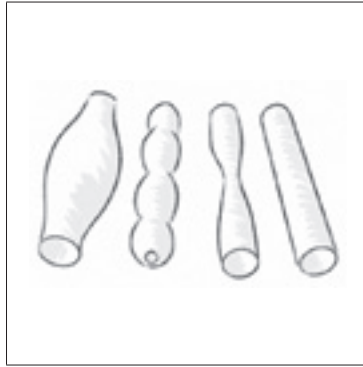
– *si collegano l'uno all'altro;*



– *rappresentano il soggetto senza comprometterlo, cioè senza che eventuali insuccessi demoralizzino o feriscano il soggetto;*



- *si adattano al soggetto;*



- *permettono che l'esperienza sia positiva, senza che altri possano giudicare il soggetto, magari deprimendolo, così da non invogliarlo più a fare altre esperienze.*



La modalità operativa per attuare l'intervento

Motivare la persona anziana «a fare» è un pilastro dell'intervento psicosociale e una delle maggiori difficoltà a cui va incontro l'operatore. Ma come si motiva una persona anziana a entrare in azione? È opportuno considerare attentamente i due punti che seguono prima di pianificare qualsiasi progetto.

1. La proposta di applicarsi in un'attività, come *modellare l'argilla, lavorare nell'orto o manipolare la carta*, deve nascere dalla richiesta del paziente, ma può essere suggerita anche dal familiare o dall'operatore che ne conosce gusti e preferenze, in base al significato che può assumere per la persona e alla valenza terapeutica (obiettivi terapeutici).³
2. L'attività è da considerarsi finalizzata se il paziente partecipa attivamente e se è diretta verso un obiettivo che la persona considera importante.

Fatta questa premessa, si procede a illustrare i punti che possono guidare l'operatore a trovare la modalità che più gli appartiene per agire in modo adeguato.

1. È bene *tenere presente i possibili deficit e/o handicap* che la persona anziana potrebbe mostrare, quali *disturbi di memoria, sintomi motori* come tremore,

³ Gli obiettivi terapeutici sono rivolti a:

- verificare capacità latenti o allenare abilità pratiche
- migliorare gli aspetti percettivi, sensoriali e cognitivi
- migliorare le capacità di socializzazione, di sviluppo e di crescita emotiva
- migliorare l'autostima.

- rigidità, bradicinesia, possibilità di cadute per instabilità dell'equilibrio, *sintomi non motori* come depressione, disturbo della parola, disturbi cognitivi, ritiro sociale dovuto alla consapevolezza del proprio stato di malattia.
2. È importante *utilizzare la metodologia dell'apprendistato cognitivo* per guidare la persona nell'attività senza generare sconfitta. Diverse sono le fasi che possono essere attuate.
 - Il *modellamento*: l'operatore esegue un compito affinché la persona, osservando, possa costruirsi una rappresentazione dei processi coinvolti nella prestazione. È importante che ciò che si sta facendo venga mostrato molto lentamente.
 - L'*allenamento*: la persona anziana svolge un compito dietro la supervisione dell'operatore, che può aiutare, laddove sia necessario, senza però sostituirsi.
 - Il *supporto* o *scaffolding*: corrisponde all'impalcatura di sostegno da fornire durante l'esecuzione del compito. Questa impalcatura altro non è che un *aiuto protesico*, che si concretizza adeguando il setting rispetto a ciò che si sta facendo e suddividendo il compito in azioni distinte (fasi), per ognuna delle quali si mostra solo ciò che serve. Inoltre, quando necessario, si può ricorrere all'uso di attrezzi specifici per ogni attività e si può aiutare la persona a raggiungere l'obiettivo inserendo, nel percorso, aiuti di tipo verbale o fisico.⁴
 3. È utile fare proprie alcune indicazioni fornite dalla *metodologia montessoriana*, riassunte nelle parole chiave elencate di seguito, e adattare alla persona anziana.
 - *E-ducare* (dal latino «e-ducere», cioè «portare fuori»): far emergere il potenziale che la persona anziana, malata o fragile, porta con sé.
 - *Approccio individualizzato* per l'apprendimento: tenere conto di ogni singola persona nel gruppo, facendo attenzione ai bisogni, ai tempi e ai modi per proporre le attività suggerite nelle sezioni successive (si veda la Seconda parte). Occorre ricordare che nella persona con demenza è possibile un nuovo apprendimento solo stimolando la memoria procedurale.
 - *Ambiente preparato*: il setting che viene costruito deve rispondere ai bisogni della persona anziana, affinché possa determinare azioni e comportamenti che siano i più autonomi possibili.
 - *Visione olistica*: soffrire di Alzheimer, Parkinson o essere anziani non implica una perdita dell'*essere persona*. Nonostante il declino cognitivo, è possibile avere un alto livello di benessere se, al centro dell'interesse dei caregiver (formali e informali), ci sarà la persona e non la sua malattia.
 - *Pedagogia del fare*: l'apprendimento (di tipo procedurale) si compie attraverso il movimento finalizzato. Secondo Maria Montessori, pensiero e movimento sono interconnessi: non si deve spiegare a parole ciò che si può spiegare con l'esempio pratico. Essere impegnati in un'attività pratica, occupa la persona con demenza in un'attività che stimola tutte le capacità residue in un lavoro costruttivo e significativo.
 4. La *valenza terapeutica dell'attività* proposta è governata dalla *capacità dell'operatore* (o del caregiver) di *entrare in relazione* con la persona, dove il fare è «vissuto realmente nella presenza di un altro, un altro attento a quello che viene comunicato con parole, con azioni, o con silenzi» (Cuningham Piergrossi, 2006, p. 45). La relazione che si instaura con la persona a cui si propone un'attività pratica ha le caratteristiche di una relazione di aiuto. Pertanto non è rilevante

⁴ Quando si attua la manipolazione guidata, può essere necessario inserire un aiuto fisico, ovvero l'operatore può sostituirsi alla persona, laddove questa non sia capace, per un breve tratto del percorso, in modo da permetterle di compiere l'attività.

avere buon senso, buon cuore, essere altruista, avere saldi principi e alti valori morali, servono, invece, competenze specifiche.

- La prima capacità è *ascoltare*. Durante l'attività è possibile che la persona parli di quanto sta facendo e richieda un parere. Un buon ascolto comporta che l'operatore riesca a controllare e mettere in disparte emozioni e pensieri che lo riguardano per comprendere come l'altro sente e pensa. Dopo aver ascoltato, l'operatore risponde provando a riformulare quanto sentito e cercando di non modificare quanto la persona sta facendo. Dall'altra parte, se verrà utilizzata autenticità e congruenza nella relazione, la persona si sentirà accolta.
- La seconda competenza, strettamente collegata all'ascolto, è l'*empatia*: sentire come sente l'altro, senza però identificarsi nell'altro perché ciò porterebbe alla perdita di oggettività.
- La terza competenza è *favorire la crescita e lo sviluppo*: ciò è possibile se si tiene a mente che, dentro a ogni persona, c'è un potenziale inesauribile di risorse. Se si riesce ad avere fiducia nelle risorse dell'altro, il comportamento dell'operatore sarà indirizzato a garantire quello spazio di libertà dove la persona potrà esprimersi attraverso l'attività proposta, facendo emergere parti di sé in modo spontaneo, senza che chi sta accanto si sostituisca.
- Perché il processo di crescita possa avere inizio, occorre *non interpretare* quanto viene creato dall'anziano, dal momento che potrebbe essere rischioso per via di una soggettività dell'interpretazione (sull'oggetto si potrebbero proiettare i pensieri dell'operatore). Altresì, è importante *non dare consigli o suggerimenti né sostituirsi*, quando la persona è intenta nella propria attività. Per quale motivo interferire con quanto l'anziano si sta apprestando a fare? Perché intromettersi? Ciò non va in direzione della crescita e dello sviluppo della persona anziana ma, anzi, potrebbe creare insicurezza e disistima. Forse, addirittura, i suggerimenti servono più a chi gestisce la relazione, dal momento che la situazione potrebbe generare ansia per l'aspettativa di vedere in qualche modo realizzato l'obiettivo terapeutico. Inoltre, per quanto riguarda *esortare* la persona con espressioni come «Dai, prova! Dai, su, forza, guarda come è carino quello che hai fatto prima. Vedrai, ora sarà facile portare a termine quest'altra cosa» non sempre può essere di aiuto. Anzi, tirarsi indietro potrebbe essere una manifestazione di stanchezza, data dalla fatica di creare qualche cosa. Quanto verrà prodotto è sempre il frutto di uno sforzo e va lodato con sincerità e rispetto autentici. Anche fermarsi assume un significato. Non è importante l'oggetto che la persona realizza, ma lo spazio di libertà in cui agisce.
- La relazione di aiuto richiede che l'operatore abbia *rispetto e fiducia* nella persona di cui si prende cura. L'obiettivo è di creare stima nella persona non solo attraverso le parole ma anche aiutandola a fare le scelte che essa stessa vuole fare, rispettando le iniziative che metterà in atto. Queste ultime, infatti, rientrano in quel processo di crescita interiore che aiuteranno la persona a esprimere se stessa attraverso mediatori importanti come quelli proposti nelle sezioni successive (si veda la Seconda parte).

Il setting dell'intervento psicosociale

Quando si sceglie l'attività da proporre alle persone anziane, è consigliabile farne esperienza, non solo per una correttezza professionale, quanto per valutarla

direttamente, in modo da sapere dove inserire nella *task analysis* le modifiche necessarie, adeguate per la propria utenza. La sperimentazione sarà importante perché conferisce sicurezza all'operatore, permettendogli di agire con tranquillità e pazienza nel rispetto dei tempi delle persone.

Tutte le attività proposte nel libro (argilla, orto, tessitura, carta, ecc.) necessitano della costruzione di un setting, che può essere così riassunta in questi pochi punti:

- *luogo*, valutare se il luogo in cui si intende proporre l'attività ha tutti gli elementi concreti affinché questa possa svolgersi: facile accesso, ampiezza, luminosità, tavoli, sedie, mobili dove riporre i materiali necessari, vicinanza di un bagno, possibilità di semplici modifiche (spostando o togliendo mobili, ecc.);
- *materiali*, reperire tutti quelli elencati nelle schede operative, oppure altri che possano essere dei surrogati, e presentare il materiale suddiviso in contenitori (ad esempio, vassoi) per semplificarne l'accesso, così che possa essere categorizzato e visualizzato più facilmente: in questo modo le persone possono vedere tutto il materiale, per sceglierlo e usarlo nel più alto grado di autonomia possibile;
- *destinatari*, sono persone anziane, con disabilità o con demenza allo stadio intermedio della malattia;
- *numero dei partecipanti*, viene suggerito nelle schede. Sarà l'operatore che valuterà se aumentare il numero, in base alla conoscenza dei propri utenti, alle modifiche apportate per graduare l'attività o alla eventuale compresenza di un altro operatore.

I mediatori utilizzati nell'intervento psicosociale

Argilla, orto, tessitura, carta, ecc. possono essere considerati mediatori e quindi collocati tra le attività psicosociali da proporre alla persona anziana, anche con disabilità, perché possiedono le caratteristiche proprie del mediatore, come riassunto nel riquadro sottostante.

PLURALITÀ – Rimandano a una pluralità di mediatori, quali il disegno, la pittura, la fotografia, la scrittura, ecc.

INTEGRITÀ DEL SOGGETTO/ FLESSIBILITÀ/ POSITIVITÀ – Le caratteristiche tecniche di queste attività permettono di *intraprendere processi funzionali* volti alla promozione dell'*autostima*, di *abilità motorie* (allinearsi, sollevare, inclinarsi, muoversi, trasportare, manipolare...), di *abilità di processo* (iniziare, mettere insieme, cercare, continuare, adattare, organizzare...), di *interazione sociale* (sostenere, chiarire, prendere la parola, rivolgersi a, incoraggiare, aiutare...).

INCLUSIONE – I mediatori, lavorando in sinergia e collegati l'uno all'altro, *consentono l'integrazione e favoriscono l'inclusione*. «Il più delle volte, il buon funzionamento di un mediatore può essere vissuto, e solo a posteriori vi può essere, non sempre necessaria, una riflessione che chiarisce le caratteristiche sopra descritte, la cui utilità non è da interpretarsi secondo la logica delle "Istruzioni per l'uso". Piuttosto è uno schema che andrebbe metabolizzato, e quindi fatto proprio in maniera del tutto originale» (Canevaro, 2008, p. 9). L'utilizzo di questi mediatori attraverso laboratori dedicati permette l'interazione sociale con persone di età diverse, con e senza disabilità.

Tessere con la lana

Tessere la tela è stata una tradizione delle nostre nonne, con cui hanno prodotto gran parte del corredo che portavano in dote nel giorno delle nozze. Questa attività è correlata a quella dell'orto, in quanto prevede l'uso di lana colorata, che può essere tinta con i colori naturali provenienti dalle erbe coltivate (si veda l'attività 1 della sezione II, *Ortoanziani*).

TEMPO DI ESECUZIONE

La costruzione del telaio richiede circa 30 minuti. Il tempo necessario per tessere varia a seconda della capacità di attenzione della persona coinvolta; per una piccola tela occorre prevedere almeno 45 minuti.

MATERIALI

Per costruire il telaio

- tavoletta di legno da 12 x 22 cm
- due listelli di legno da 2 x 12 cm, con altezza di circa 2 cm
- colla vinilica, con pennello e recipiente
- bicchiere con acqua
- chiodi di ferro da 1,5 cm, a testa tonda
- martello

Per tessere

- lana di qualsiasi foggia o colore
- forbici
- ago da lana con la punta arrotondata
- filo di cotone

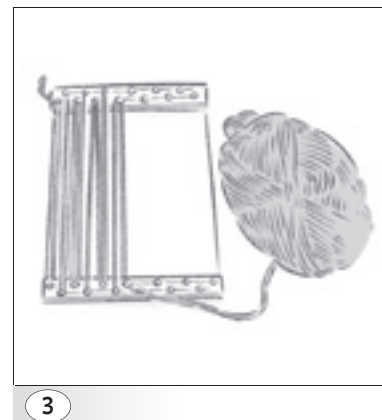
TASK ANALYSIS

Per costruire il telaio

- 1 Applicare sui lati minori della tavoletta i due listelli di legno, usando la colla vinilica.
- 2 Sopra i listelli fissare i chiodi in modo alternato, su tutta la lunghezza.
- 3 Preparare il telaio per la tessitura fissando il filo da un chiodo all'altro, avendo cura di annodare il filo sul primo e sull'ultimo chiodo. In questo modo si è creato l'ordito.

Per tessere

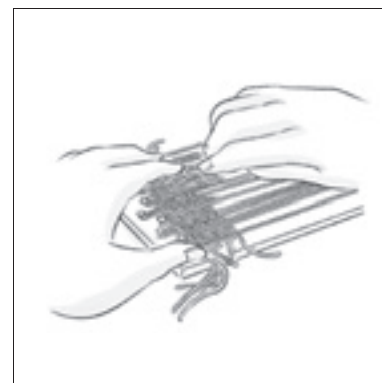
- 4 Infilare il filo di lana nella cruna dell'ago. Per agevolare l'azione, avvolgere la parte iniziale del filo di lana a un filo di cotone, quindi far passare quest'ultimo nella cruna dell'ago, trasportando così anche il filo di lana.
- 5 Passare l'ago attraverso i fili tirati di ordito, in maniera alternata.



3



4



5

PUNTI DI FORZA

È un'attività economica e creativa, con buone possibilità di riuscita per la sua semplicità; la creatività risiede soprattutto nelle possibili combinazioni di colore dei fili che compongono ordito e trama. Il risultato è sempre affascinante, anche se la persona dovesse intrecciare il filo in modo scorretto. Inoltre, questo tipo di telaio in legno può essere tenuto in mano, consentendo di lavorare anche senza l'appoggio di un ripiano.

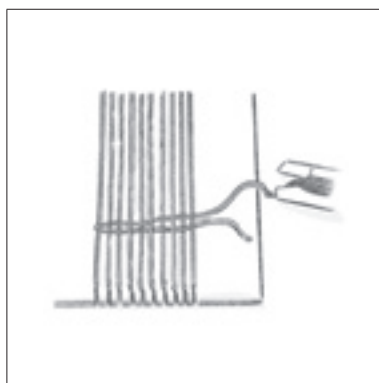
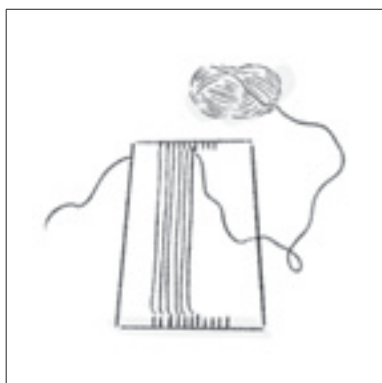
La tela ottenuta potrà poi essere utilizzata per l'attività 2.

PUNTI DI DEBOLEZZA

L'attività non sempre è accettata dagli uomini, che potrebbero viverla come un'arte prettamente femminile.

POSSIBILI VARIAZIONI DA APPORTARE ALL'ATTIVITÀ

Si può costruire un telaio rudimentale anche con il cartone. La procedura è molto semplice: basta fare degli intagli uguali ed equidistanti su entrambi i lati del cartoncino, attraverso i quali far passare l'ordito; quindi fissare i fili sul rovescio del cartoncino. A questo punto, aiutandosi con l'ago, inserire il filo nell'altro senso per realizzare la trama.



Nuove decorazioni da vecchi regali

La passamaneria è un tessuto che si trova facilmente in casa, perché persino chi non ama cucire conserva il nastro con cui è avvolto un regalo ricevuto. L'attività consiste nel preparare dei cartoncini che saranno abbelliti dall'intreccio della passamaneria colorata e potranno essere utilizzati per decorare biglietti, scatole, ecc.

TEMPO DI ESECUZIONE

L'attività richiede 30-45 minuti.

MATERIALI

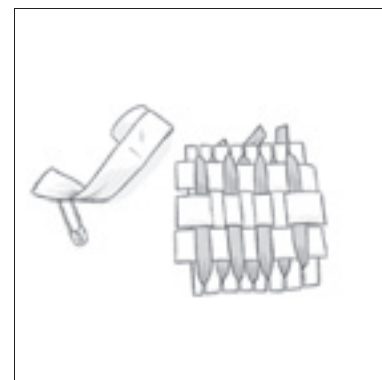
- passamaneria colorata
- forbici
- colla vinilica, con pennello e recipiente
- bicchiere con acqua

TASK ANALYSIS

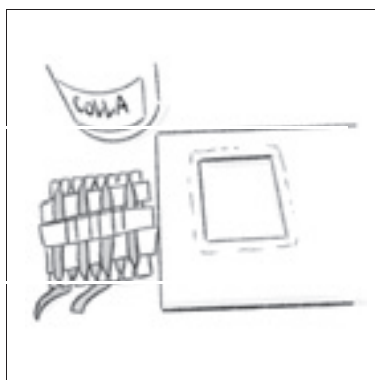
- 1 Costruire un telaio rudimentale con il cartoncino, come descritto nell'attività 1 di questa sezione.
- 2 Scegliere due diversi nastri di passamaneria. Tagliare alcune strisce, leggermente più lunghe dei lati del telaio.
- 3 Passare il nastro che farà da ordito e fissarlo sul retro, usando un po' di colla vinilica (occorre tenere premuto per alcuni secondi).
- 4 Passare la trama e fissare sul retro con la colla.
- 5 Quando l'intreccio sarà terminato, controllare che tutti i fili siano ben incollati sul retro.
- 6 La tela ottenuta può essere usata per decorare un biglietto, come descritto nell'attività 3.



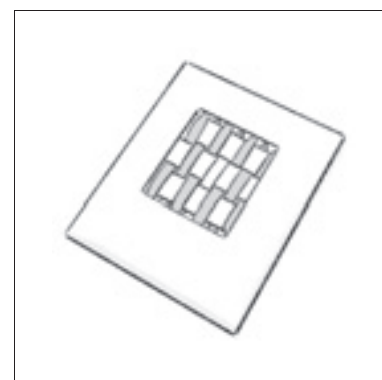
2



3



4



6

PUNTI DI FORZA

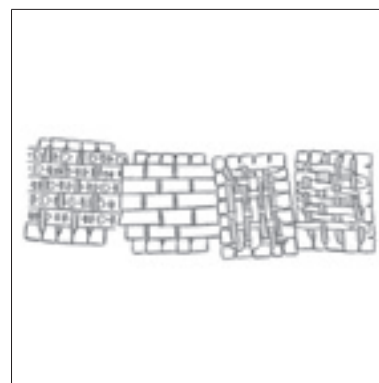
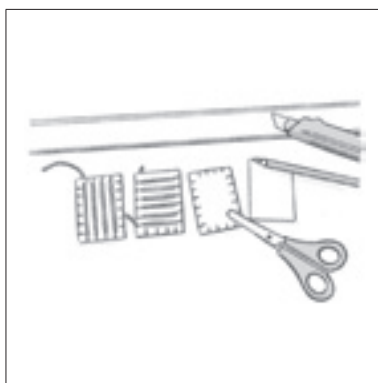
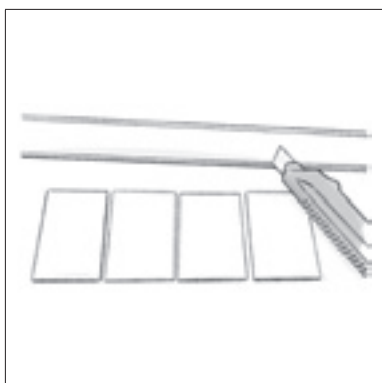
È un'attività economica, molto gradita alle donne, di grande creatività. Si può fare individualmente e in piccoli gruppi.

PUNTI DI DEBOLEZZA

Gli uomini difficilmente si avvicinano all'uso della passamaneria. Inoltre, se viene svolta in grandi gruppi, l'attività richiede la presenza di più operatori. Non è adatta a persone con difficoltà di attenzione spaziale e di percezione.

POSSIBILI VARIAZIONI DA APPORTARE ALL'ATTIVITÀ

- Si può utilizzare un materiale diverso dalla passamaneria, in questo modo sarà possibile coinvolgere anche gli uomini.
- Costruendo tanti telai di piccole dimensioni (ad esempio, 5 x 7 cm), è possibile creare piccoli quadretti da utilizzare in una composizione. Occorre tagliare, da un cartone riciclato, quattro cartoncini da 5 x 7 cm. Con le forbici fare delle piccole intaccature, a 1 cm di distanza l'una dall'altra. Passare l'ordito, che potrà essere messo in verticale o in orizzontale. Infine, passare anche il filo di trama per realizzare il tessuto. L'intreccio potrà essere realizzato con lana e passamaneria, spago e carta, rafia e carta crespata dorata o argentata. Potrebbe essere interessante unire le creazioni fatte da un gruppo di persone per creare un oggetto di gruppo, come una piccola opera d'arte.



Sentieri che si biforcano

L'attività consiste nel creare un percorso con un colore, come se fosse una strada, con incroci, rettilinei, curve. Questo tipo di attività stimola la creatività, che va guidata dall'operatore che fornisce indicazioni e sostiene la persona, permettendole di esprimersi in libertà. Questo è possibile solo se c'è un'accettazione incondizionata e la sospensione del giudizio sull'elaborato e se non si ha fretta di avere dei risultati e non ci si demoralizza ai primi rifiuti. È necessario avere pazienza. La consegna finale è quella di completare il percorso con disegni propri e confrontare in gruppo le proprie opere.

TEMPO DI ESECUZIONE

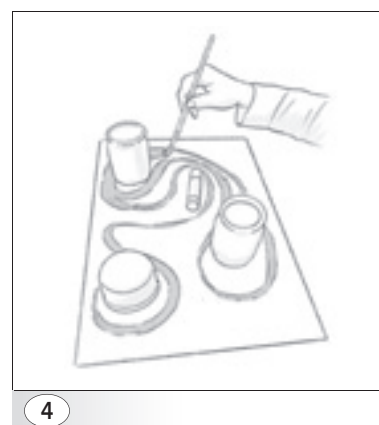
L'attività richiede 45 minuti.

MATERIALI

- fogli in formato A3, bianchi
- colori a tempera di pigmenti diversi
- pennelli a punta tonda, di varie misure
- bicchieri per miscelare i colori
- oggetti vari (bottiglie, vasetti)
- pastelli
- matita
- gomma
- temperamatite
- musica rilassante

TASK ANALYSIS

- 1 Diffondere della musica rilassante e consegnare a ogni partecipante un foglio bianco in formato A3.
- 2 Disporre sul foglio, in modo sparso, una serie di oggetti.
- 3 Chiedere a ogni partecipante di scegliere un colore e un pennello.
- 4 Mostrare come procedere: intingere il pennello sul colore facendolo scivolare in modo casuale sul foglio e aggirando gli ostacoli.
- 5 Quando la persona riterrà di aver riempito lo spazio come meglio crede, togliere gli oggetti dal foglio e osservare il disegno prodotto.
- 6 Invitare il gruppo a immaginare che cosa possa rappresentare quel reticolo di forme che è stato disegnato: un giardino, un parco, una strada di campagna, un'autostrada, le strade di una città, di un paese.
- 7 Invitare il gruppo a disegnare oggetti (come fiori, alberi, case, nuvole, cielo, sole, neve, pioggia) per rappresentare quanto immaginato.
- 8 Alla fine dell'esecuzione far descrivere a ogni partecipante quanto prodotto.



PUNTI DI FORZA

È un'attività di gruppo, economica, adatta sia a uomini sia a donne, che stimola la concentrazione e la creatività, oltre all'espressione di sé.

PUNTI DI DEBOLEZZA

Il coinvolgimento del gruppo a disegnare è determinato dalla capacità dell'operatore di far leva sulla motivazione delle persone.

POSSIBILI VARIAZIONI DA APPORTARE ALL'ATTIVITÀ

È possibile creare nuove composizioni ampliando lo spazio destinato alle persone. Foderando il tavolo con della carta da pacchi bianca, si otterrà un unico foglio per tutti, ma che verrà utilizzato dai singoli nello spazio antistante la propria seduta. Chiedendo a ognuno di lasciare la propria sedia, sarà possibile arricchire la composizione dell'altro, anche interpretandola con punti di vista diversi. È possibile che qualcuno possa fare resistenza a lasciare il proprio posto a un'altra persona. In questo caso è bene non forzare, ma accettare la volontà espressa.

Cinque dita per modello

Questa proposta coinvolge gruppi fino a 15 persone. L'attività consiste nel chiedere alle persone di disegnare la propria mano su un foglio a cui verranno aggiunte le mani degli altri partecipanti, che verranno colorate liberamente.

TEMPO DI ESECUZIONE

L'attività richiede circa un'ora.

MATERIALI

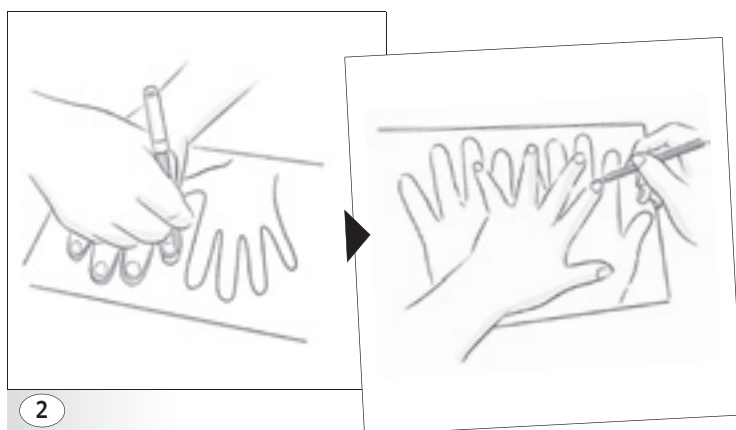
- fogli in formato A3, bianchi
- pennarelli, colori a tempera di pigmenti diversi, pastelli, gessetti colorati
- pennelli a punta tonda, di varie misure
- bicchieri per miscelare i colori
- matita
- gomma
- temperamatite
- musica rilassante

TASK ANALYSIS

- 1 Diffondere della musica rilassante. Consegnare a ogni partecipante un foglio bianco in formato A4 e chiedere di scegliere un colore, in modo che ognuno abbia un colore diverso da quello degli altri.
- 2 Con la mano dominante impugnare un pennarello e posizionare l'altra mano sul foglio, aperta, in modo tale da poterne segnare il contorno.
- 3 Dopo aver disegnato la propria mano, passare il foglio al proprio vicino di tavolo, che aggiungerà la propria mano in una porzione a scelta del foglio, e che potrà anche essere sovrapposta alla mano precedentemente disegnata.
- 4 Tale procedimento sarà ripetuto fino a quando tutti i partecipanti avranno un foglio con le impronte di tutti.
- 5 Invitare le persone a riempire gli spazi disegnati (che possono esser anche sovrapposizioni di mani) con libertà, utilizzando anche colori di natura diversa (pennarelli, matite, pastelli a cera, gessetti).



2



2



5

PUNTI DI FORZA

È un'attività di gruppo, economica, adatta a uomini e donne, che stimola la concentrazione e la creatività; dal momento che la persona rappresenta se stessa e la propria identità (identificata dalla mano), ha un alto grado di coinvolgimento.

PUNTI DI DEBOLEZZA

Il coinvolgimento del gruppo a disegnare è determinato dalla capacità dell'operatore di motivare.

POSSIBILI VARIAZIONI DA APPORTARE ALL'ATTIVITÀ

È possibile creare nuove composizioni chiedendo di rappresentare il contorno di altre parti del corpo: un solo dito, l'avambraccio, il piede.