

# LA GINNASTICA NELLE DIVERSABILITÀ IN RAPPORTO ALLE METODICHE FISIOTERAPICHE E RIABILITATIVE.

**Cristina Baroni**

*Insegnante di Educazione Fisica e Maestro di Ginnastica*

Dopo quanto abbiamo visto e sentito nelle due giornate di oggi e di ieri, il tema di questo mio conclusivo intervento di questo XVI Congresso Nazionale SIEF, vale a dire la distinzione tra quest'attività di Ginnastica e quella svolta nell'ambito della Riabilitazione e della Fisioterapia, dovrebbe risultare già abbastanza chiara.

Prima di passare alla parte più pratica, che ovviamente non può che dare delle tracce visto il poco tempo a disposizione e la grande variabilità delle problematiche che rientrano in questo ambito, ritengo importante anche qui fare delle considerazioni di tipo storico, che possono chiarire e giustificare la posizione e le affermazioni della nostra Società su questo argomento.

## Elementi di storia.

1) Sebbene Girolamo Mercuriale fosse un medico, il suo *De Arte Gymnastica* scritto nel 1569, al quale abbiamo dedicato anche un intero nostro Congresso Nazionale, appartiene alla storia della Ginnastica, intesa come disciplina autonoma dalla medicina e quindi di per sé ben distinta da tutto ciò che rientra nell'ambito medico o paramedico. Questo che è veramente un grande testo, sul quale torneremo tra poco, meriterebbe da parte nostra, che siamo i VERI EREDI di questa *ars gymnastica*, studi approfonditi, che invece oggi vengono svolti solo nell'ambito della storia della medicina. **BISOGNA RIAPPROPRIARCI DELLA NOSTRA STORIA!**

2) P. H. LING (1776 – 1839) universalmente riconosciuto come “il padre della ginnastica medica”, non è un “medico e fisioterapista svedese”, come invece appare su Wikipedia, ma (al pari dei fondatori degli Istituti dei Filantropini di fine Settecento, unanimemente considerati gli “iniziatori della ginnastica in epoca moderna”) uno studioso di teologia, di anatomia e fisiologia, di lingue e letterature moderne, che in seguito al contatto con l'Istituto Filantropino di Copenhagen (Nachtgall) diventò un grande Maestro di Ginnastica, uno dei padri della ginnastica.

Nel 1813 il Ling fondò l'Istituto Centrale di Ginnastica di Stoccolma, scuola di ginnastica *tout court*, con prevalenza semmai, dati i tempi, della preparazione militare - come già Amoros e Obermann - e non già, come invece si sente dire, una sorta di istituto fisioterapico!

**La Ginnastica Medica in quanto tale appartiene al corpo dottrinario della ginnastica**, come dimostrano anche altri testi dei grandi Maestri della Ginnastica, come lo stesso Ling, F. Amoros o Emilio Baumann.

**MA QUESTO NON È PER NIENTE SCONTATO**, come tutti sappiamo: oggi la Ginnastica Medica appare appannaggio delle figure paramediche, che mal sopportano quella che reputano essere una “invasione di campo”.

Com'è potuto succedere questo?

3) È possibile individuare il momento storico in cui l'affermazione precedente cessa di essere condivisa ed inizia ad affermarsi la Chinesiterapia come campo specificatamente terapeutico e quindi medico: non certo casualmente, si tratta proprio del ventennio a cavallo tra Otto – e Novecento, quel ventennio di cui abbiamo parlato nelle mie relazioni precedenti e che, dopo più di un secolo in cui la Ginnastica si era affermata in tutta Europa come grande strumento educativo, vede da parte degli stessi Maestri di Ginnastica l'abbandono della

lotta per la ginnastica a favore dei più facili ed economici “giochi inglesi”.

Proprio a metà di questo ventennio infatti, nel 1898, abbiamo la pubblicazione di un testo, intitolato “*La kinesiaterapia. Sua storia – suoi mezzi e sue applicazioni terapeutiche*”, sul quale vorrei porre la vostra attenzione, a dimostrazione di come le cose nella storia siano sempre collegate tra loro, e come difficilmente avvengano per caso.

Questo testo è stato scritto da un medico, Carlo Colombo.

Carlo Colombo (1869 – 1918) fu medico e assistente di fisiologia a Torino di Angelo Mosso, che seguì anche nel suo amore per le attività sportive, nonché fondatore in Italia del CNGEI (conobbe personalmente Robert Baden Powell).

Come si legge da Wikipedia, “viaggiò per l’Europa raccogliendo esperienze delle più moderne tecniche della terapia fisica e fondò vari istituti a Torino e a Roma, fino a creare, nel 1902, il modernissimo Istituto Centrale di Terapia Fisica e ottenere la libera docenza in Terapia fisica alla Regia Università di Roma.

Colombo fondò e diresse *la Revue Internationale de Thérapie Physique*, trasformata poi nel *Giornale Italiano di Terapia Fisica*, e organizzò a Roma nel 1911 il Congresso Internazionale di Terapia Fisica al quale parteciparono oltre tremila congressisti di tutto il mondo”.

Nel suo testo Colombo afferma chiaramente alcune cose.

La prima, che “chinesiterapia” è una nuova parola, “*per significare cose che da lungo tempo hanno la loro denominazione consacrata dall’uso universale. Infatti, scrive, la ginnastica ed il massaggio sono antichi quanto il mondo* (p.5)

La seconda affermazione riguarda proprio la ginnastica, e la ginnastica medica in particolare. Proprio lui, medico, scrive:

*“La ginnastica medica nacque nell’Istituto Centrale di Stoccolma, creato dal LING nel 1814. Questo fu ed è il vivaio ove si formano (generalmente fra gli ufficiali dell’esercito) i maestri di ginnastica, sia essa pedagogica, militare o medica. E non è da stupirsi che le tre specie di ginnastica siano così unite, e che i praticanti siano ufficiali dell’esercito, perché colà ogni ginnastica ha sempre uno scopo eminentemente medico: di correggere imperfezioni fisiche, o sviluppare maggiormente le funzioni più necessarie”*

Di fronte a questa realtà di cose, Colombo giustifica il nome “Kinesiaterapia” da lui usato con la necessità di far “*scendere i medici dalle altezze del mondo intellettuale*” verso questa pratica (comprensiva anche del massaggio), per la quale occorre una certa “*abilità di mano*” che può sì,

*“condurre il medico ad una cospicua ricchezza, senza dargli però un posto sufficiente nella considerazione del pubblico. A conseguire lo scopo, non è trascurabile la coniazione di nuove parole” (pp.10-11) .*

La giustificazione per questa operazione di “passaggio” della ginnastica medica dall’ambito di competenza del maestro di ginnastica a quello medico, ci viene data dallo stesso Autore, che afferma:

*“Presso di noi fu accolto con sufficientemente entusiasmo in questi ultimi tempi il concetto dell’educazione fisica diretta a formare delle generazioni forti e robuste; onde fu rimessa in onore la ginnastica pedagogica... MA LA GINNASTICA MEDICA PROPRIAMENTE DETTA NON HA ANCORA AVUTO UGUALE ACCOGLIENZA, PERCHÉ SI CONFONDONO I SUOI PROCEDIMENTI CON QUELLI CHE GL’INGLESI ADOPERANO PER ALLENARE I CORRIDORI DI REGATE. E l’idea di allenamento risveglia subito l’idea di atletismo” (p.7)*

Ed ecco allora dimostrato come l’abbandono della lotta per la ginnastica da parte degli “addetti ai lavori”, unita alla scelta di abbandonare il termine chiaro di “ginnastica” per quello non definito (perché indica solamente la finalità, il contesto senza definire esattamente il contenuto) di “educazione fisica”, abbia causato, oltre alla per-

dita di quella che Colombo chiama “ginnastica pedagogica”, anche l’appropriazione della ginnastica medica da parte del mondo medico.

SE vogliamo riappropriarci dei nostri ambiti di competenza (e la ginnastica medica è uno di questi), occorre in primo luogo dare l’esatto significato ai termini, uscendo da quella “confusione globale” regnante oggi nel nostro settore, a causa anche dell’uso indiscriminato e generalizzato della parola *sport*.

In secondo luogo, occorre riacquisire consapevolezza dell’importanza della Ginnastica come CONTENUTO della nostra professionalità, contenuto che non può che essere nostro e non di altri (mentre le Scienze motorie possono essere conoscenza condivisa da altri).

Insieme poi alla competenza nella Ginnastica (che è disciplina pratica e non teorica), possiamo e quindi dobbiamo anche riappropriarci della nostra storia.

Solo con una nostra definizione chiara possiamo rapportarci, in modo sereno ma deciso, con la Fisioterapia e la Riabilitazione, dalle quali ci distinguono in primo luogo **gli ambienti di lavoro**, ma anche **gli strumenti**, le **finalità** e **i tempi**, nei quali sono rivolte e si svolgono le rispettive attività (v. Figura).



### La Ginnastica Medica di ieri, le Scienze Motorie di oggi.

Nella Ginnastica Medica sono stati fatti nel passato tanti errori.

Questi errori sono dovuti principalmente alla mancanza di una esatta conoscenza del corpo umano e delle sue problematiche (esercizi sul tibiale anteriore nel Piede Piatto, ginnastica per raddrizzare le Scoliosi).

La conoscenza e la pratica della Ginnastica non deve esimersi dallo studio scientifico del corpo umano e delle sue problematiche.

D’altro canto, quest’ultimo non può fare a meno della conoscenza della Ginnastica, come “scienza che studia l’esercizio fisico (e non il *movimento*), gli effetti che con esso si possono produrre sull’organismo umano e che ha per fine il conseguimento ed il mantenimento della buona salute” (da G. Mercuriale, modificata).

Le Scienze Motorie sono le scienze di base della Ginnastica, ma non la esauriscono: manca infatti lo studio dell’esercizio fisico, vale a dire lo studio di ciò che **praticamente** può essere proposto a quella persona, in quelle condizioni, in quel momento, e via dicendo.

La conoscenza esclusiva delle Scienze Motorie, privata del suo campo di applicazione, è solo teoria, non dà la possibilità di applicare queste conoscenze.

### Le Tecniche I.D. nella Ginnastica.

Oggi solo le "Tecniche I.D." attuano questa convergenza di studi.

"Tecniche I.D." non identifica un metodo, bensì la applicazione delle moderne acquisizioni scientifiche alla Ginnastica, perché la "scienza dell'esercizio fisico" ha bisogno di studi, di sperimentazioni e di verifiche, e non può fermarsi alla teoria.

Le Tecniche I.D. si applicano quindi a tutta quanta la Ginnastica, ma soprattutto alla Ginnastica Medica, dove le conoscenze relative al corpo umano e alle sue problematiche devono essere ancora maggiori.

Le Tecniche I.D. relative al problema della diversabilità sono state presentate in diversi nostri Congressi.

- III Congresso Nazionale 1998, al cui interno fu dedicata all'argomento una intera sessione (Intervento della Direttrice del Centro di Genetica, Biologia e Medicina Molecolare del Dipartimento di Pediatria Università di Firenze Prof. M. L. Giovannucci)
- VII Congresso Nazionale nel 2002, dedicato interamente al problema, in collaborazione con l'Università di Siena
- IX Congresso a Parma nel 2004, nel quale la V Sessione fu dedicata proprio agli "Aspetti specialistici dell'educazione fisica"
- XIII Congresso nel 2008, dedicato al "Trattamento incruento della scoliosi oggi", nel quale si è parlato (II Sessione) anche della Sindrome di Rett.

In diverse altre occasioni, spesso però in relazione e limitatamente alle Paralisi Cerebrali Infantili, abbiamo evidenziato quelle che sono le priorità da rispettare durante il nostro lavoro di Ginnastica.

Oggi proverò ad esporre i vari aspetti nei quali si può articolare il nostro lavoro, in una serie di punti, **non esposti in ordine di importanza, perché la priorità data all'uno o all'altro aspetto sarà determinata dalle esigenze della singola persona.**

- 1) Compensare la mancanza di movimento naturale, iniziando dalle andature primarie, come il rotolare, lo strisciare... compresi gli esercizi per l'apparato vestibolare e le sospensioni, per i quali sono fondamentali gli attrezzi della ginnastica classica.  
Fondamentale nel caso di arti paretici nei bambini, che tendono ad essere trascurati nei movimenti della vita quotidiana, e che grazie anche a stimolazioni di questi tipo riescono a ri-entrare nella motricità normale, impedendo che l'arto si irrigidisca e resti "piccolo".  
Anche e soprattutto in questi casi, "attrezzo" può essere tutto quanto può esserci utile per il fine che vogliamo raggiungere (bicicletta, altalena, palla...), specialmente nel caso di bambini con lesioni lievi, mentre grande cautela va usata negli adulti, specie nel caso di lesioni più gravi.
- 2) Compensare la mancanza di posture naturali (in piedi, seduti, in ginocchio, carponi, quadrupedia etc, ), abbinando ad esse lo studio degli EQUILIBRI.  
Anche lo stare in piedi è un esercizio (Mercuriale).  
Dobbiamo considerare il fatto che queste persone vengono giornalmente in contatto con educatori, psicologi, logopedisti...ma quasi mai queste figure professionali si rapportano con la loro fisicità, e spesso hanno paura anche solo a spostarle. Da qui l'importanza del nostro intervento mirato proprio a questo aspetto.
- 3) Agire per trovare, ritrovare o perfezionare il movimento volontario, a partire da quello che riteniamo più importante, più UTILE alla persona. Nel caso di bambini o ragazzi con disabilità lievi, la ginnastica assume particolare valore come educazione all'autocontrollo, alla autodisciplina, come stimolo alla forza di volontà e alla capacità di riflessione. L'esercizio fisico della ginnastica si caratterizza proprio per il fatto di essere "voluto e precisato", da qui la distinzione con le attività di gioco, che deve essere il risultato del nostro lavoro (il bambino ora "riesce a"... ) ma non ne deve costituire la parte essenziale.
- 4) Dare movimento a arti/articolazioni immobili  
L'IMMOBILITÀ CREA DOLORE

- 5) Prevenzione e trattamento delle deformità, sia agendo direttamente sulle stesse che su altre parti del corpo che vi influiscono.
- Deformità dei piedi, delle mani: l'esercizio fisico è potente, spesso operare non è l'unica soluzione, e comunque spesso non è quella migliore... Possiamo fare tantissimo lavorando sulla decontrazione volontaria di certa muscolatura, occorre dare più fiducia alle potenzialità di queste persone.
  - Problematiche del tronco, come dorso curvo, scoliosi... Anche in questi casi, e al di là della possibilità o meno di mettere un corsetto (spesso le condizioni generali non lo consentono), molto possiamo fare agendo sulla volontà della persona di "mettersi per bene".
- Necessità di COLLABORARE con un Ortopedico di fiducia.
- 6) Altro, in relazione alle singole problematiche (studio delle reazioni paracadute, studio della G.R.I., studio del rilassamento, etc)

Tutte queste cose trovano giustificazione nella "Teoria dell'esercizio fisico", un testo pubblicato nel 2005 dal Prof. Marco Pecchioli, ripubblicato in questi giorni proprio in occasione di questo XVI Congresso Nazionale, che stabilisce le fondamenta del nostro "strumento di lavoro", appunto "l'esercizio fisico".

### **Cristian e la "ginnastica secondo le tecniche I.D.": quando la chiarezza porta serenità nei rapporti e vero beneficio alla persona.**

A conclusione di questo mio intervento, voglio portare alla vostra attenzione un documento che mi sembra di particolare interesse, riguardante un bambino che si chiama Cristian.

Cristian è nato nell'ottobre del 2006 e, a causa di un ictus quando era ancora nell'utero materno, è affetto da una emiparesi spastica sinistra, che causa la paresi del braccio e della gamba sinistra, tenuti sempre flessi, con un'andatura che vede l'appoggio del piede sinistro esclusivamente sempre sul solo avampiede.

È venuto nella mia palestra nel gennaio 2011, quindi a 4 anni e 4 mesi.

Dopo un anno di lavoro (**gennaio 2012**), su richiesta della pediatra, ho presentato una relazione in cui ho presentato il mio lavoro di "Ginnastica Medica secondo le tecniche I.D."

Al controllo del **29 giugno 2012**, il fisiatra rileva un "sensibile miglioramento nelle performances psico-fisiche", conseguenti all'attività specifica svolta, denominata però erroneamente come "cicli di riabilitazione" e di "percorso riabilitativo", invece che di "ginnastica secondo le tecniche I.D."

In seguito a ciò, in data **26 settembre**, ho rinviato una breve relazione, nella quale vengono chiarite le cose così come sono state presentate oggi.

Il **28 settembre infine**, il fisiatra scrive questa lettera, rivolta alla Commissione Regionale, nella quale si evidenziano le caratteristiche del nostro lavoro, e si afferma:

*"In realtà le tecniche della ginnastica medica appaiono diverse rispetto a quelle proprie della riabilitazione e rieducazione psicomotoria, anche se il fine ultimo resta comune. Per quanto mi è dato sapere i trattamenti discussi NON SONO ESEGUITI presso le UORF dell'ASL..."*

Ecco, io penso che tutto questo attesti quanto sia importante la chiarezza relativa al tipo di lavoro che noi facciamo: se noi siamo chiari, nella terminologia e nei contenuti avvalorando **la Ginnastica**, intesa come abbiamo visto oggi, come nostro (ed esclusivo) ambito di competenza, anche il rapporto con le metodiche fisioterapiche e riabilitative si chiarisce, a tutto vantaggio prima di tutto delle tante, tantissime persone che, a tutti i livelli, hanno bisogno di noi ma anche a vantaggio di quel RICONOSCIMENTO PROFESSIONALE di cui tanto si parla e che non può non partire da una seria riflessione sulla nostra identità.

*Nota: i documenti di cui si parla nel testo sono riportati nel DVD allegato alla presente rivista.*

