

FONDAZIONE ASSICURAZIONE CATTOLICA

ASSOCIAZIONE PER LO SVILUPPO METODO SNOEZELEN

ROTARY CLUB 2060 VERONA

AULSS9 SCALIGERA VERONA

U.O.S. CERRIS-RSA DISABILI MARZANA

"SUONO.....COME VIBRAZIONE"

**L'UTILIZZO DEL SUONO E DELLA VIBRAZIONE IN STANZA SNOEZELEN COME POSSIBILE
STRATEGIA DI SOLLIEVO AL DOLORE "GLOBALE"**

**ESPERIENZE E RICERCHE SUL VALORE AGGIUNTO DELLA MUSICOTERAPIA IN STANZA SNOEZELEN
ANNI 2010-2016**

INDICE

Premessa	pag. 2
Prima parte: Musicoterapia e Stanza Snoezelen. Report 2010-2016	pag. 8
Seconda parte: “SUONO...COME VIBRAZIONE” . L’utilizzo del suono e della vibrazione in Stanza Snoezelen come possibile strategia di sollievo al dolore "globale".	pag. 48
Terza parte: Il trattamento del dolore nel paziente con disabilità: Musicoterapia e stanza Snoezelen per il benessere psicologico e fisico. Uno studio preliminare.	pag. 158
Riferimenti bibliografici e sitografici	pag. 176

Premessa

All'interno della UOS CERRIS-RSA Disabili Marzana già da tempo è in funzione la stanza Snoezelen creata con le donazioni del Rotary Club, della Fondazione Assicurazioni Cattolica e dell'Associazione Snoezelen.

La metodologia di lavoro della struttura si basa sulla terapia d'ambiente e sul concetto di "casa".

I vari nuclei dei gruppi disabili e minori inseriti sono strutturati come “laboratori delle emozioni” dove ogni singolo individuo può elaborare, secondo le sue potenzialità, le abilità residue e ritrovarsi una sua collocazione all'interno delle relazioni affettive e sociali con una inclusione sociale.

Per ogni ospite, dopo una osservazione rispetto alle difficoltà e risorse latenti, viene stillato, dalle varie figure professionali, un progetto educativo abilitativo e riabilitativo dove si attuano varie attività che hanno la funzione di stimolare le capacità e nel contempo di rinforzare l'autostima per affrontare le varie difese di evitamento che non agevolano l'integrazione del sé.

I disabili inseriti all'interno della struttura hanno deficit cognitivi importanti con valenze di agiti comportamentali.

I minori provengono da rilevanti situazioni di disagio con difficoltà di elaborazioni introspettive.

Per tutti, il corpo rappresenta un forte canale di comunicazione dei vissuti e la stanza Snoezelen diviene uno strumento importante.

L'intervento all'interno della stanza viene svolto dagli operatori e dagli educatori referenti dell'ospite precedentemente formati.

L'ipotesi delle ricerche messe in atto era di verificare se inserendo la figura del musicoterapista all'interno della stanza si potesse potenziare l'integrazione del sé degli ospiti generando un "esserci" all'interno dei vari contesti.

Per i disabili gravi i bisogni su cui si è lavorato sono:

- la necessità di essere contenuto (stanza e musicoterapeuta);
- la necessità di essere ricomposto come integrazione del sé (generare l'unità dell'IO);
- la necessità di avere un complemento-amplificatore (il musicoterapeuta è mediatore tra l'interno del soggetto e l'esterno);
- la necessità di un ponte verso lo sviluppo sociale (il musicoterapeuta funge da modello per permettere al soggetto di interiorizzare conoscenze).

La situazione si differenzia per i minori inseriti nel progetto.

I traumi che hanno subito rendono difficile un lavoro di introspezione. Faticano a verbalizzare e a

mentalizzare la rabbia, i sensi di colpa e di conseguenza la perdita di fiducia rispetto agli adulti. La stanza e la musica divengono un canale su cui inserire il verbale passando per la corporeità, aprendo nuovi “accordi” che generano un ricupero delle ferite e delle relazioni.

La Direzione Generale dell’azienda ULSS 9 ringrazia per la sensibilità, la competenza e l’attenzione in particolare il dott. Tomba Adriano della Fondazione Assicurazione Cattolica, il prof. Fanchiotti Gianluigi della Associazione Sviluppo della Metodologia Snoezelen ,il dr. Alberto Scuro e la dott.ssa Todeschini Attilia presidenti del Rotary Club 2060, il dott. Alberto Palmieri e consorte Monica.

Direttore Generale

Dott. Pietro Girardi

Fondazione Cattolica Assicurazioni

Relazione, Persona, Investimento, sono le parole che spiegano le ragioni del sostegno che Fondazione Cattolica ha dato al progetto del quale si propongono qui gli esiti scientifici e di metodo.

Il metodo Snoezelen e la musicoterapia sono, più che un metodo riabilitativo, un “modo di essere”: la relazione terapeutica non si esaurisce infatti in un programma di cose da fare ma necessariamente coltiva il piacere dell’Anima, il Ben-essere.

Luci, profumi, toni di colore, di voce e di musica sono esperienze sensoriali, vere e proprie pratiche di senso. L’approccio alle emozioni ed ai talenti che stanno dietro e oltre ogni disabilità, racconta una dimensione integrale di Persona. Il terapeuta che adatta la tecnica all’originalità di ogni paziente, riconoscendo di volta in volta unicità e diversità che lo contraddistinguono, disegna un metodo che dà voce ad uno sguardo. E’ così che si coglie il significato di piccoli e impercettibili movimenti, come un battito di ciglia, e si impara a leggere tra le righe.

La ricerca che qui ci occupa guarda allora ad un modello di terapia in grado di prendersi cura della persona. Un bisogno, come la fame o la malattia si curano. Del bisognoso, della persona affamata ed ammalata invece, ci si prende cura. L’impossibile è la cifra del mistero di chi crede in qualcosa che ancora non esiste: essere accanto ai giovani nel tentativo di trovare nuove soluzioni per chi sembrerebbe destinato alla solitudine del dolore, significa essere solidali proprio con l’impossibile.

È così che un progetto come questo plasma il presente guardando al futuro. È così che un investimento diventa parte di un processo di possibile cambiamento.

Gibran a proposito della musica ha scritto “ci hai insegnato a vedere con l’orecchio ed a udire con il cuore”. A nome di Cattolica Assicurazioni e di Fondazione Cattolica esprimo e confermo la bellezza di guardare operosamente al futuro con “l’Uomo nel cuore”. Assieme a Voi che avete la competenza e la voglia di cogliere la Persona oltre lo scarto, la sfida di rendere finalmente umano l’Uomo.

Paolo Bedoni
Presidente Fondazione Cattolica Assicurazioni

Rotary Club Verona

Ormai da sette anni è attiva, presso il Centro Rieducativo di Ricerca e di Intervento Sociale (CERRIS) di Marzana, nell'ambito dell'ULSS 9, una stanza Snoezelen dedicata alla musicoterapia.

Sono ormai conosciuti e apprezzati i vantaggi del metodo di stimolazione multi-sensoriale controllata in ambiente Snoezelen per le persone con disabilità, ed il Rotary Club Verona è lieto di aver sempre sostenuto con convinzione, fin dall'inizio, grazie alla sollecitudine e al costante interessamento del proprio socio prof. Gianluigi Fanchiotti, già Primario del Centro di Terapia contro il Dolore di Verona, questo progetto così benemerito.

E' quindi con particolare piacere che salutiamo l'uscita di questo libro, scritto a quattro mani da Gianluigi Fanchiotti e dal Fabrizio Varalta, psicologo-psicoterapeuta, Dirigente Psicologo del CERRIS di Verona e anch'egli socio del nostro Club, che fa il punto della situazione.

Ricordo con speciale emozione il filmato che Gianluigi Fanchiotti ha mostrato una sera al Club, dove abbiamo constatato "*de visu*" i progressi, abilitativi e riabilitativi, derivanti dall'applicazione della musicoterapia; colpiscono e contagiano in modo profondo in special modo i sorrisi di chi fa questa bella esperienza pluri-sensoriale, che, rendendoli partecipi al momento musicale, ha la magia di calmare, di donare tranquillità e serenità.

La musica, come la matematica, è armonia ed equilibrio, e mette l'uomo in diretta relazione con l'armonia e l'equilibrio delle sfere celesti e dell'universo.

La musica parla una lingua universale, vero esperanto che abbatte non solo le barriere fra i popoli, ma anche le barriere che talvolta la nostra psiche crea al nostro interno ed è tanto restia a far intaccare dall'esterno.

L'immenso potere e potenziale della musica è il segreto del successo di questo progetto pluriennale, che attraverso questo bel libro possiamo toccare con mano e gustare.

La nostra gratitudine, ma direi quella di tutta la società civile, va ai due autori, direttamente coinvolti in prima persona senza risparmiarsi, ed anche naturalmente ai volontari che applicano sul campo questa geniale invenzione.

Traducendola da splendida teoria in efficace ed entusiasmante pratica.

Grazie a loro recuperiamo poco alla volta, con grande pazienza, quanti, non per loro colpa, non hanno la fortuna di godere ancora appieno delle gioie della vita.

Grazie.

Aldo Bulgarelli
Presidente del Rotary Club Verona



Con la pubblicazione di tutta l'attività organizzativa, scientifica e terapeutica che l'Associazione per lo sviluppo del Metodo Snoezelen ha, in dieci anni, condotto ed espresso con lusinghieri risultati, si è raggiunto un traguardo degno di essere studiato ed adottato dalla classe medica e da quanti hanno il compito di proporre nuove terapie in tema di disabilità.

Un ringraziamento sotto questo aspetto all'Ordine dei Medici di Verona, al quale ho il piacere di appartenere, per il patrocinio concesso al primo nascere del Metodo Terapeutico SNOEZELEN e dell'Associazione che si occupa della sua diffusione.

Il metodo, la parola Olandese, l'impegno dell'associazione per il suo sviluppo, sono ormai conosciuti. I risultati sotto gli occhi di tutti, documentati in questo manuale.

L'esperienza ha avuto inizio più di 12 anni fa durante un congresso a Firenze in tema di Terapia multisensoriale nei pazienti con disturbi cognitivi e comportamentali, organizzato dal rotariano Enrico Orofino.

Alla giornata di studio erano presenti, oltre alla dottoressa Loredana Barbese dell'Istituto Gresner, anche i due terapeuti olandesi che hanno, in quella sede, presentato i risultati positivi in pazienti con evidenti segni di deficit del comportamento utilizzando una stanza multi sensoriale definendo, per la prima volta in Italia, un metodo denominato Snoezelen. Parola che ormai abbiamo imparato comprendere il suo vero significato pratico.

L'Ingegnere Enrico Orofino mi infuse fiducia ed entusiasmo quasi istantaneo: tornai a Verona con l'intenzione di proporre, tra i Rotary club della città, un service comune: la realizzazione di una stanza multisensoriale. Ebbi l'approvazione e l'entusiasmo di una gran parte dei club di Verona e provincia. Il Rotary Verona est fu il promotore sotto la mia presidenza, coagulando attorno a sé i rotariani per la realizzazione di un service comune.

I risultati incominciarono ad essere incoraggianti, specialmente per l'impegno della dott.ssa Loredana Barbese. Si propose subito con il suo lavoro alla realizzazione del primo esempio del metodo Snoezelen terapia a Verona.

Molti di noi, presidenti dei club rotariani, per non perdere nel corso degli anni l'impegno, il sacrificio di lavoro ed anche economico, hanno costituito una associazione con lo scopo di approfondire lo studio e la diffusione del metodo.

Con Paolo Pellicini, Marco Florio, Federico Zanardi, Lucio Brangian, Alberto Palmieri, Loredana Barbese, Colantoni Michele ed altri, abbiamo gettato le basi per l'attività dell'associazione denominata: Associazione per lo sviluppo del metodo Snoezelen, onlus.

Hanno origine i primi incontri di studio, la convenzione tra l'associazione ed il Conservatorio di Musica di Verona per la musicoterapia, il Patrocinio dell'Ordine dei Medici di Verona per iniziative di studio.

Ma la vita segue i suoi binari, tragica, improvvisa una tragedia, sinfonia stonata.

La morte stradale del figlio di uno di noi, un giovane musicista, Leonardo, quasi per smentire la convinzione che la musica quando ti colpisce è l'unica cosa che non ti fa del male.

La borsa di studio a lui intitolata è l'impegno di adesso e siamo convinti che durerà per molti anni.

Tutto sarà possibile perché abbiamo incontrato la condivisione di questo servizio nelle persone presidenti del mio Rotary club che via via si sono succedute, nella Fondazione Cattolica che ha stimato questo progetto, nel lavoro del dott. Fabrizio Varalta del Cerris, luogo idilliaco per combinare lavoro, studio e speranze, nel Direttore di questa struttura dott. Maurizio Facincani.

Ma i risultati, alcuni chiedono, si vedono nei pazienti con importanti deficit cognitivi ed intellettivi? Scorrendo il manuale che state leggendo si vede l'impegno di tutti, dei terapeuti, degli psicologi, dei medici, degli amministratori, dei volontari ai quali va il mio sincero ringraziamento.

I miglioramenti si sentono, si percepiscono, si intuiscono da un sorriso anche male espresso. Da un movimento del corpo meno doloroso, da un battito cardiaco più veloce, espressione di una emozione recepita nel profondo dei pensieri, si vede, si comprende chiaramente dal viso disteso dei parenti e specie delle mamme.

PROF. Gianluigi Fanchiotti

Presidente Associazione per lo studio e lo sviluppo del metodo terapeutico Snoezelen

MUSICOTERAPIA E STANZA SNOEZELEN

Borsa di studio “Leonardo Palmieri”

Report 2010-2016

Associazione per lo Sviluppo del Metodo Snoezelen Onlus

CERRIS – Centro Riabilitativo di Ricerca e di Intervento Sociale – AULSS 9 Scaligera

Dipartimento di Musicoterapia del Conservatorio Statale di Musica “E.F. Dall’Abaco” di Verona

Fondazione Cattolica Assicurazioni di Verona

A cura di *Elena Fasoli*

*“Trovarsi insieme è un inizio,
restare insieme un progresso,
lavorare insieme un successo.”*
(Henry Ford)

Il lavoro che segue consiste in una analisi dei progetti finanziati e realizzati a partire dal 2010 fino al 2016, per poterne tracciare l’evoluzione negli anni, per averne una visione più generale e organica, in modo da continuare a sviluppare e perfezionare in futuro, nello specifico contesto terapeutico e nello specifico *setting* (la Stanza Snoezelen), le pratiche messe in atto fino ad ora. Il tentativo inoltre è quello di dare validazione ai lavori anche da un punto di vista maggiormente scientifico; per questo è presente in questo lavoro anche una analisi dell’evoluzione dell’applicazione dei protocolli di osservazione e valutazione utilizzati negli anni, e in particolare della scelta progressivamente maturata di utilizzare nello specifico il protocollo IMTAP (*Individualized Music Therapy Assessment Profile*).

Questa analisi recupera quindi il materiale prodotto dai borsisti che hanno partecipato negli anni, nello specifico i progetti presentati e le loro relazioni conclusive, con l’intento di ricavare da questo materiale le seguenti informazioni:

- numero di progetti presentati e specifici ambiti di indagine;
- numero di musicoterapisti coinvolti;
- numero totale di percorsi attivati e di utenti presi in carico (suddivisi per area disabilità e area minori, per sesso, per età e nucleo di provenienza all’interno della struttura);
- obiettivi generali condivisi negli anni dal punto di vista musicoterapico;
- evoluzione delle sperimentazioni intraprese negli anni dal punto di vista dell’osservazione e della valutazione dei risultati e protocolli applicati;
- protocollo di valutazione IMTAP e principali domini di valutazione considerati;
- risultati osservati e riflessioni sui risultati;
- punti di forza ed eventuali linee di miglioramento.

In questa relazione si cerca di avere cura di restituire il materiale nella maniera più organica possibile, date le numerose variabili presenti all’interno delle progettualità realizzate e, per alcune di queste, l’impossibilità a fare confronti anche numericamente oggettivabili. Oltre alla

presentazione dei singoli progetti e dei numeri ad essi relativi, si cercherà di tracciarne il legame in un'ottica di evoluzione della progettualità più ampia costituita dal bando stesso. Si faranno quindi alcune considerazioni relativamente all'analisi sul lungo termine, ovvero all'evoluzione della progettualità nel corso degli anni, sottolineando i punti di forza e le eventuali criticità rilevate, gli elementi di continuità e quelli di discontinuità.

IL BANDO

Come noto, la borsa di studio è destinata a sostenere, per ciascuna annualità, una azione di ricerca applicata, da realizzare presso UOC CERRIS-RSA Disabili Marzana di Verona, avente per oggetto l'utilizzo di tecniche musicoterapiche in ambiente Snoezelen volte a migliorare la progettualità educativa riabilitativa individuale di ogni singolo ospite per agevolare l'integrazione con l'ambiente, a favore di soggetti con pluridisabilità fisica, cognitiva, intellettiva e relazionale nonché, a partire dall'anno 2011, nell'applicazione dello stesso protocollo a minori in età evolutiva e/o adolescenti con gravi disagi sociali ospiti della stessa struttura, per facilitare in loro processi relazionali, comunicativi ed espressivi.

I progetti presentati, finanziati e realizzati nel periodo 2010-2016 sono complessivamente 7, uno per ciascuna annualità.

Il monte ore complessivo assegnato a ciascun progetto è di 210 ore di attività frontale, ovvero di pratica musicoterapica in presenza con gli utenti selezionati, con finanziamento variabile a seconda dell'anno.

La Borsa di studio viene assegnata da un Comitato paritetico composto da:

il Direttore del Conservatorio dell'anno in corso;

il Direttore del Corso Sperimentale di Specializzazione in Musicoterapia del Conservatorio M° Romildo Grion;

il Docente della Cattedra Sperimentale di Musicoterapia del Conservatorio Dott. Paolo Alberto Caneva;

il Presidente dell'Associazione per lo Sviluppo del Metodo Snoezelen Onlus Dott. Prof. Luigi Fanchiotti;

il Vicepresidente dell'Associazione Avv. Paolo Pellicini;

i Responsabili Scientifici dell'Associazione Dott. Alberto Palmieri e Dott.ssa Loredana Barbesi.

I MUSICOTERAPISTI

Il bando di concorso è quindi specificamente proposto ed indirizzato agli studenti del Corso Sperimentale Biennale di Specializzazione in Musicoterapia del Conservatorio di Verona, con l'intento di realizzare dei progetti di ricerca di Musicoterapia in ambiente Snoezelen.

Nel corso degli anni la progettualità ha coinvolto un totale di 22 allievi tirocinanti del Conservatorio in qualità di musicoterapisti, permettendo loro di sperimentarsi in un percorso formativo con alto valore sia professionalizzante che umano. A ciascun bando ha partecipato un gruppo di allievi (da due a quattro a seconda dell'anno), che ha condiviso il progetto generale; il monte ore è stato poi ripartito tra il numero di partecipanti a seconda del numero di utenti coinvolti di anno in anno e secondo la strutturazione specifica di ciascun progetto.

Segue l'elenco degli allievi coinvolti, suddivisi per gruppi di lavoro e annualità relative.

Anno	Musicoterapisti
2010	Gecchele Rosa – Maienza Matteo – Reale Antonietta – Ugolini Monica
2011	Balint Eszter – Fedrigo Giulia – Rizzini Roberto
2012	Calcara Federica – Pachera Sofia – Tosato Alberto
2013	Bottura Irene – Galia Federica – Pavoncelli Angelo
2014	Broggio Andreaceleste – Fasoli Elena – Koumnaki Eleftheria
2015	Puleo Fabio – Stanco Roberta
2016	Bertoneri Sara – Menini Priscilla – Simbeni Duccio – Spaderi Stefano

I musicoterapisti tirocinanti hanno condotto i percorsi con la supervisione del Dott. Paolo Alberto Caneva del Dipartimento di Musicoterapia del Conservatorio e la collaborazione dell'*équipe* operante all'interno della UOC CERRIS-RSA Disabili Marzana, in particolare lo psicologo della struttura, il Dott. Fabrizio Varalta e la coordinatrice dell'area disabilità Dott.ssa Tiziana Bucella, oltre che con la coordinatrice dell'area minori Dott.ssa Nicoletta Cressotti e con gli educatori referenti dei vari nuclei incontrati.

I PROGETTI

A partire dalla prima annualità, che in qualche modo è possibile considerare come progettualità “pilota”, ciascun progetto, pur nella discontinuità temporale e dei soggetti coinvolti come terapisti e come utenza, ha cercato di riprendere quanto emerso dalle conclusioni del precedente, di rivedere le criticità, di approfondire alcuni aspetti e di introdurre elementi di novità e di maggior definizione. Segue l’elenco delle progettualità presentate, con le dovute specifiche rispetto la struttura delle singole ricerche, gli ambiti particolari di indagine. L’intento qui non è quello di riportare nel dettaglio l’andamento dei singoli percorsi, bensì quello di fornire una descrizione generale e alcune considerazioni per delineare l’evoluzione del bando negli anni, in particolare riguardo la struttura dei progetti, l’approccio all’utenza e al *setting*, i protocolli di osservazione e valutazione, alcune riflessioni conclusive significative. Va da sé che ciascuna progettualità, oltre a proporre degli obiettivi generali legati allo specifico ambito di ricerca, contiene al proprio interno anche numerose finalità specifiche legate invece ai singoli percorsi condotti con ciascuno degli utenti partecipanti, in base alle loro caratteristiche e potenzialità, che non saranno specificate in questo documento, ma che possono essere consultabili per maggiori dettagli nelle relazioni conclusive di ciascun gruppo di lavoro.

Anno 2010

Ricerca Snoezelen

Monte ore: 210 ore frontali suddivise tra 4 musicoterapisti.

Modalità: Sedute individuali.

Partecipanti: Soggetti disabili.

Setting: Stanza Snoezelen e ambiente neutro.

Focus/ipotesi di ricerca

L’obiettivo di questo primo progetto è quello di verificare la possibilità di inserire come valore aggiunto modelli musicoterapici nel protocollo Snoezelen rispetto ai bisogni degli ospiti della struttura e di monitorarne i risultati, per valutare se e quali variazioni avvengano a livello emotivo, relazionale e corporeo in soggetti disabili plurisensoriali grazie all’attività musicale da sola, ovvero in ambiente neutro, e all’attività musicale associata alla Stanza Snoezelen. Il musicoterapista ha una ulteriore funzione rispetto alla coesione del sé, di mediazione e di ponte sociale. Si precisa che gli ospiti inseriti nella ricerca sono scelti in base al loro progetto educativo riabilitativo individuale e la Stanza Snoezelen e/o la Musicoterapia sono strumenti che possono agevolare un loro benessere psicofisico.

Utenza

I soggetti coinvolti sono 16, afferenti a 4 gruppi con livello di gravità differente così suddivisi:

8 soggetti (livelli 1-3, deboli capacità): stanza Snoezelen + Musicoterapia (SN+MT);

8 soggetti (livelli 3-4, più strutturati): Musicoterapia in ambiente neutro (MT).

Il monitoraggio avviene anche su un gruppo di controllo, composto da ulteriori 8 soggetti (livelli 1-2, più gravi), i quali vengono sottoposti unicamente al protocollo Snoezelen all'interno della stanza, accompagnati dagli operatori della struttura.

All'interno di ciascun gruppo, i soggetti sono diversi per età, patologia e suo decorso, ma mediamente simili per gravità delle compromissioni senso-motorie.

Protocollo di osservazione e valutazione

La struttura è già dotata di un "Protocollo Snoezelen", una griglia di osservazione specifica per l'attività in Stanza Snoezelen, utilizzata per verificare l'attendibilità delle ipotesi di miglioramento, composta da diversi domini (comunicazione, espressioni emotive, stereotipie, sguardo, attenzione, memoria procedurale).

Il gruppo di musicoterapisti si avvale di una scheda di osservazione appositamente creata, modificando la precedente ai fini musicoterapici. Per il gruppo MT la scheda considera in modo quantitativo e temporale i seguenti parametri: partecipazione vocale, strumentale, verbale, corporea, emotiva, attentiva). Per il gruppo SN+MT la griglia tiene conto dei parametri precedentemente elencati nelle meta-aree della Stanza Snoezelen, ovvero a confronto con le diverse stimolazioni presenti.

Gli elementi comuni di valutazione nei due gruppi, come nel gruppo di controllo, riguardano tre aree:

espressioni emotive;

partecipazione;

attenzione.

La valutazione prevede di confrontare i dati raccolti.

Considerazioni conclusive

Per quanto riguarda il gruppo MT, si osserva che la pratica musicale, anche supportata da un ampio strumentario, oltre che dall'espressione vocale e canora, facilita:

a livello corporeo, il calo dell'eccitazione motoria, la distensione muscolare, il miglioramento dell'articolazione degli arti (in particolare i superiori), l'allargamento del campo visivo;

a livello espressivo, le manifestazioni delle emozioni e l'elaborazione dei contenuti interiori, resi così esperienza vissuta;

l'aumento dello stato di benessere e la diminuzione di stati alterati quali rabbia e depressione;
il progressivo miglioramento della consapevolezza musicale.

Oltre a questo, per quanto riguarda il gruppo SN+MT, composto, si ricorda, da soggetti con compromissioni gravi, l'incontro col *setting* permette:

il "raddoppio" dell'elemento musicale già presente in stanza attraverso la voce e gli strumenti;
maggior risposta motoria del volto e degli occhi grazie alle stimolazioni sensoriali;
maggior facilità nell'ottenere rilassamento anche senza attivazione diretta della persona;
miglioramento, grazie all'influenza della musica, nell'integrazione tra stimoli visivi e tattili;
stimolo all'emissione della voce.

Punti di forza e criticità

Il merito di questo primo progetto è stato quello di rilevare le potenzialità della pratica musicoterapica all'interno di un ambiente ricco di stimolazioni quale la Stanza Snoezelen, se utilizzate con cura e in maniera integrata e ponendo attenzione alle individualità dei soggetti coinvolti. Di qui in poi, i progetti successivi partiranno da questo presupposto per continuare a indagare quali siano i fattori maggiormente attivanti e se possibile ad aumentare la gamma di azioni e tecniche applicabili, in maniera da arricchire e rendere sempre più efficace la pratica musicoterapica in questo contesto. Certamente l'inserimento della figura del musicoterapista all'interno della stanza aggiunge alla già ricca offerta un ulteriore e insostituibile apporto sonoro-relazionale.

Si è trattato inoltre di un tentativo pregevole di tracciare delle linee di interpretazione rispetto ai dati raccolti e al loro confronto. D'altro canto, la difficoltà è stata quella di affrontare dei calcoli elaborati a causa delle numerose variabili presenti (campione non rappresentativo, assegnazione di gruppi omogenei al loro interno, ma non rapportabili tra loro, protocolli diversi, somministrazione delle schede di osservazione da parte di terapisti differenti e contemporaneamente impegnati nella pratica musicale), alcune delle quali non oggettivamente confrontabili, il che ha reso complicato restituire risultati scientificamente validi, pur permettendo di osservare qualitativamente gli andamenti dei singoli percorsi e l'andamento generale del progetto. Andrebbero quindi perfezionati alcuni aspetti relativi al disegno di ricerca, in quanto, per i motivi esposti, l'impianto proposto non ha permesso di arrivare ad affermazioni correlate da evidenza scientifica.

Anno 2011

Progetto A: area disabilità – Progetto Borsa Premio Leonardo Palmieri

Progetto B: area età evolutiva e adolescenti – Progetto di ricerca sperimentale “Musicoterapia in ambiente Snoezelen”

Monte ore: 210 ore frontali suddivise tra 3 musicoterapisti.

Modalità: Sedute individuali.

Partecipanti: Soggetti disabili e soggetti minori (età evolutiva e adolescenti).

Setting: Stanza Snoezelen e ambiente neutro.

Focus/ipotesi di ricerca

In questa annualità il progetto generale si articola in due parti, denominate Progetto A (area disabilità), affidato a due terapisti e Progetto B (area minori), affidato a una terapeuta.

Il progetto vuole proseguire il lavoro svolto dal gruppo di ricerca dell'anno precedente, il quale ha aperto la strada al legame tra Snoezelen e Musicoterapia, opportunità di notevole importanza per quei soggetti che altrimenti faticerebbero a trasformare le proprie esperienze sensoriali in una percezione significativa e ha fatto emergere come l'abbinamento tra le due metodologie possa favorire l'incremento di partecipazione e benessere anche in soggetti con importanti difficoltà neuro-motorie. L'obiettivo è quindi quello di sviluppare ulteriormente le potenzialità della ricerca.

Le novità proposte, rispetto alla precedente annualità, sono le seguenti:

- integrare nel campione di ricerca un gruppo di minori e adolescenti con problematiche familiari, psicologiche, sociali;
- utilizzare come protocollo di valutazione l'IMTAP su entrambi i gruppi.

Utenza

I soggetti disabili coinvolti sono 8, così suddivisi:

- 4 soggetti: Stanza Snoezelen + Musicoterapia (SN+MT);
- 4 soggetti: Musicoterapia in ambiente neutro (MT).

I minori coinvolti sono complessivamente 10, di cui 6 in età evolutiva e 4 adolescenti, così suddivisi:

- 5 soggetti: Stanza Snoezelen + Musicoterapia;
- 5 soggetti: Musicoterapia in ambiente neutro.

Protocollo di osservazione e valutazione

Con questa annualità viene introdotto l'utilizzo del Protocollo americano di valutazione IMTAP, tradotto e adattato alle esigenze dello specifico contesto operativo. Successivamente verrà dettagliata la struttura generale del protocollo e si descriverà la modalità di utilizzo per come si è delineata nel corso degli anni.

L'obiettivo, in questo primo anno di applicazione, è quello di sperimentarne l'utilizzo per vagliarne la possibilità di maggior attendibilità dei risultati e di creare quindi uno strumento efficace da adottare nelle successive progettualità.

In particolare, per quanto riguarda l'area minori (Progetto B), il protocollo appare uno strumento utile per facilitare i processi comunicativi (non verbali e verbali), relazionali (creazione e mantenimento dei rapporti, motivazione ad apprendere) ed espressivi (espressione emotiva, verbale, motoria), con la finalità di migliorare la qualità della vita a partire dallo sviluppo appunto delle abilità espressive, comunicative e relazionali.

Considerazioni conclusive

Progetto A

L'utilizzo dell'ambiente Snoezelen col suo protocollo non ha come obiettivo un percorso "formativo" in senso stretto, per cui il soggetto debba partecipare necessariamente in maniera attiva, ma può farlo anche in forma recettiva. Questo può valere certamente anche per la Musicoterapia, in particolare con soggetti gravemente compromessi. La scelta dei soggetti da inserire nei percorsi musicali è, per questo anno, ricaduta su persone con abilità cognitive e motorie molto differenti da quelle dei soggetti che in genere fruiscono della stanza (non deambulanti e con obiettivi prevalentemente di rilassamento). Gli obiettivi dei percorsi musicali sono quindi stati regolati su un tipo di partecipazione maggiormente dinamica e su una tipologia di esperienza musicale più attiva. Per quanto riguarda il gruppo MT, in particolare, il lavoro si è concentrato soprattutto sull'ascolto, l'esplorazione degli strumenti musicali, il ritmo, i repertori e il movimento, per coloro coi quali è stato possibile. Si osserva che l'ambito maggiormente emerso nel corso delle sedute si è rivelato essere quello legato all'espressione delle emozioni, correlato anche all'aspetto cognitivo legato alla memoria.

Per quanto riguarda inoltre il gruppo SN+MT, l'approccio graduale a tutte le stimolazioni, compresa quella sonoro-musicale ha permesso:

- un significativo aumento dell'espressività comunicativa;
- la graduale espressione delle preferenze;
- l'aumento della motricità anche su semplici strumenti musicali;
- la creazione di percorsi e storie sonori col supporto delle stimolazioni visive presenti;

- l'aumento del benessere fisico;
- l'aumento dell'attenzione e della concentrazione;
- l'incremento della musicalità.

Progetto B

Il laboratorio proposto è stato vissuto come attività “ludica”, chiave di riuscita del trattamento stesso, la finalità era di pre-terapia rispetto alla loro difficoltà a mentalizzare i loro traumi interni.

La proposta si è articolata in due parti: “*Let's Play!*” (creare una canzone attraverso l'elaborazione di un testo personale, scelta/proposta melodica, costruzione ritmica, creare e suonare l'accompagnamento, e, in fase finale, registrare la canzone) per gli adolescenti e “*Musichiamo una storia...*” (inventare una fiaba e musicarla insieme) per i minori. Il livello di difesa di questi ragazzi è spesso molto alto e la loro difficoltà ad aprirsi all'altro rende difficile l'entrata in relazione e la condivisione emotiva delle esperienze.

In questo senso la musica si è rivelata un ottimo strumento di comunicazione, di pre-elaborazione del verbale, delle emozioni e dei sentimenti dei ragazzi, in modo indiretto e libero da paura e giudizio.

In generale, si osserva che la Musicoterapia, all'interno di una situazione multisensoriale, completa, attraverso la mediazione dell'operatore musicoterapista, l'esperienza di accrescimento che l'utente potrebbe avere dal solo ambiente. È attraverso la relazione che ci si accresce e si consolidano gli apprendimenti sia a livello cognitivo che emotivo.

Punti di forza e criticità

Iniziare ad adottare uno strumento di osservazione con validità riconosciuta, l'IMTAP, seppure in maniera ancora sperimentale, ha permesso di porre le basi per un'implementazione della valutazione dei percorsi, cercando di renderla maggiormente chiara e di renderne i risultati maggiormente definiti e fruibili.

Questa seconda annualità ha visto l'inaugurarsi di un nuovo filone di lavoro all'interno del più ampio progetto rivolto all'area disabilità, quello riguardante l'area minori. Ciò ha permesso un'offerta più completa, coinvolgendo anche questo ambito della struttura e rivolgendosi anche soggetti che non presentano disabilità cognitive o patologie, ma che comunque sono segnati da disagi psicologici, familiari e sociali, soggetti per i quali però la musica rappresenta certamente un canale privilegiato di espressione e comunicazione.

Anno 2012

“Viaggio multisensoriale nella musica”

Monte ore: 210 ore frontali suddivise tra 3 musicoterapisti.

Modalità: Sedute individuali e di gruppo.

Partecipanti: Soggetti disabili e soggetti minori (adolescenti).

Setting: Stanza Snoezelen

Focus/ipotesi di ricerca

Il progetto intende mettere in luce l'importanza della musica e della stimolazione sensoriale nel processo relazionale, comunicativo ed espressivo. A partire dai precedenti risultati positivi riguardo l'integrazione tra i percorsi musicali e il *setting* Snoezelen, si indaga ulteriormente sulla correlazione tra musica e cinque sensi, attraverso la scelta di uno strumentario specifico che presenti determinate caratteristiche multisensoriali, integrando la stimolazione già presente nella stanza.

L'azione di ricerca prevede quindi la suddivisione dei partecipanti in due gruppi omogenei che utilizzino strumenti musicali uguali per modalità di attivazione e forma, ma differenti per il materiale di cui sono costituiti: strumenti in legno e pelli non colorati e strumenti in metallo e/o plastica colorati.

Il tentativo è quello di rilevare se possa esistere una correlazione tra l'eventuale miglioramento nelle aree indagate e la categoria di strumenti utilizzati, nel senso che l'una o l'altra possano essere più stimolanti dal punto di vista sensoriale e permettere quindi un maggior grado di attivazione.

Utenza

Si mantiene, come per l'anno precedente, la possibilità di rivolgere l'attività sia all'utenza dell'area disabilità che a quella dell'area minori.

I soggetti disabili coinvolti sono 6, così suddivisi:

3 soggetti: strumenti in legno e pelli non colorati;

3 soggetti: strumenti in metallo e/o plastica colorati.

I minori coinvolti sono 6, area adolescenti, così suddivisi:

3 soggetti: strumenti in legno e pelli non colorati;

3 soggetti: strumenti in metallo e/o plastica colorati.

Protocollo di osservazione e valutazione

In questa terza annualità si continua la sperimentazione dell'utilizzo del Protocollo IMTAP per la valutazione del percorso. Per ciascun percorso singolo vengono scelti gli ambiti di valutazione adeguati alle relative finalità specifiche, mentre, per quanto riguarda l'ipotesi di ricerca più ampia, per cercare di mantenere una certa omogeneità, la scelta è quella di prendere in esame solo tre ambiti di valutazione per la comparazione dei due gruppi (emotivo, sociale e musicalità), in quanto sono risultati essere gli unici valutabili in comune tra tutti i soggetti di ciascun gruppo.

Per quanto riguarda gli adolescenti, inoltre, viene somministrato al termine del percorso a ciascuno di loro un questionario di gradimento sull'attività.

Considerazioni conclusive

Dalla comparazione tra i due gruppi, si rileva che si è ottenuta una percentuale media di miglioramento superiore nel gruppo di persone che ha utilizzato gli strumenti in plastica colorati (con particolare preferenza per piccoli strumenti quali ovetti *shaker*, nacchere, sonagli, strumenti quindi con maggiore facilità di attivazione). Questo farebbe pensare che questa categoria possa essere maggiormente stimolante dal punto di vista sensoriale, grazie alla particolarità estetica (stimolazione visiva), alla dimensione (stimolazione tattile) e al caratteristico suono (stimolazione uditiva).

Punti di forza e criticità

Ciascun percorso si è svolto in un unico *setting*, quello della Stanza Snoezelen, permettendo quindi di concentrare l'attenzione sul *focus* della ricerca e di lavorare molto sulla relazione tra proposte musicali e stimolazioni presenti nella stanza, in particolare sullo stimolo del colore, permettendo una buona integrazione tra il percorso musicoterapico e il *setting* fortemente connotato dalla stimolazione sensoriale.

La principale valenza del lavorare in Stanza Snoezelen, anche con gli adolescenti, viene sintetizzata in questi aspetti:

- proporsi come un luogo nuovo per sperimentare nuove emozioni e sensazioni e diventare successivamente un luogo di riferimento;
- offrire spunti per la creatività;
- offrire una cornice accogliente in cui creare atmosfere.

Si rileva, d'altro canto, che, considerando le diverse necessità e/o richieste di ciascun partecipante, talvolta non è stato possibile utilizzare la stanza nel pieno delle sue possibilità.

Anno 2013

“Terapia multisensoriale in Stanza Snoezelen. Fusione di un approccio multisensoriale-sonoro in Stanza Snoezelen”

Monte ore: 210 ore frontali suddivise tra 3 musicoterapisti.

Modalità: Sedute individuali.

Partecipanti: Soggetti disabili e soggetti minori (età evolutiva).

Setting: Stanza Snoezelen

Focus/ipotesi di ricerca

Il progetto si propone di lavorare sull'apertura di canali espressivi di difficile attivazione se non dinamicamente stimolati. Anche per questa annualità il *focus* rimane sull'integrazione degli stimoli già presenti all'interno del *setting* con ulteriori oggetti-mediatori. Oltre quindi alle stimolazioni presenti e ad uno strumentario specificamente musicale, si introducono degli elementi intermedi che, una volta testati, possano eventualmente essere integrati come parte stabile del *setting*. Si tratta di tre pannelli multisensoriali sonori ideati dai musicoterapisti stessi, composti da elementi familiari, riconoscibili, della quotidianità, quindi facilmente avvicinabili, costruiti con:

materiale ligneo, bambù, cocco, carta;

materiale metallico;

plastica, gomma e metallo.

La ricerca si propone di valutare se l'utilizzo dei pannelli possa favorire significativamente la relazione sonoro-musicale verbale e non verbale, attraverso l'esplorazione multisensoriale, tra musicoterapista e utente.

Utenza

Si mantiene, come per l'anno precedente, la possibilità di rivolgere l'attività sia all'utenza dell'area disabilità che a quella dell'area minori.

I soggetti disabili coinvolti sono complessivamente 12, così suddivisi:

8 soggetti con disabilità;

4 soggetti dall'area minori in età evolutiva.

Protocollo di osservazione e valutazione

In questa annualità si ritorna al tentativo di utilizzare due modalità di valutazione. In primo luogo si riprende il protocollo di osservazione ideato e utilizzato durante la prima progettualità (anno 2010, precedentemente descritto); se ne estrapolano alcune parti per registrare l'utilizzo della strumentazione già presente in Stanza Snoezelen e per rilevare eventuali differenze, a seconda o meno dell'utilizzo dei pannelli sensoriali, nei livelli di:

- benessere emotivo;
- partecipazione e interazione;
- livello attentivo e motivazionale.

In secondo luogo, si continua ad utilizzare il Protocollo IMTAP, più specifico per la musicoterapia, per quanto riguarda le valutazioni sui singoli percorsi.

Considerazioni conclusive

I pannelli hanno previsto un utilizzo altamente soggettivo, come del resto le altre stimolazioni presenti nella stanza. L'andamento generale dei percorsi, con o senza l'integrazione dei pannelli, è risultato molto vario. Non si è rilevato un forte sbilanciamento tra l'andamento delle attività con o senza pannelli e non si manifesta nessuna sostanziale differenza. In generale quindi la forte variabilità nella possibilità di utilizzo dei supporti non ha permesso una rilevazione di significativo interesse.

Per quanto riguarda invece la valutazione dell'attività musicale in senso più ampio, si è in generale riscontrato un accrescimento del livello di benessere e partecipazione, pur se non, come detto, ricollegabile in maniera oggettiva all'inserimento dei pannelli.

Si sottolinea da parte dei terapisti la difficoltà ad integrare fra loro due strumenti di valutazione diversi e si considera quindi questo tentativo come una ulteriore tappa nella sperimentazione degli strumenti stessi, in un'ottica di evoluzione futura.

Si mantiene inoltre, come evidenziato anche in alcuni progetti precedenti, la criticità rispetto all'aspetto numerico e statistico che dovrebbe garantire maggior oggettività alle valutazioni.

Punti di forza e criticità

Anche questo progetto si pone in linea coi precedenti proseguendo il filone virtuoso della sperimentazione di sempre nuove possibilità di integrazione tra il *setting* Snoezelen e la Musicoterapia, confermandone sostanzialmente le opportunità di attivazione, creazione di nuovi stimoli, rilassamento fisico ed espressività emozionale, filone che, ormai sperimentato da qualche anno, verrà mantenuto anche dai progetti successivi. Ciò è largamente confermato dall'osservazione qualitativa delle dinamiche che si verificano nei singoli percorsi.

Anno 2014

“Il tocco della voce. Multisensorialità e canto in Stanza Snoezelen”

Monte ore: 210 ore frontali suddivise tra 3 musicoterapisti.

Modalità: Sedute individuali.

Partecipanti: Soggetti disabili e soggetti minori (età evolutiva e adolescenti).

Setting: Stanza Snoezelen

Focus/ipotesi di ricerca

Il progetto di ricerca si pone in continuità con i progetti di ricerca presentati negli ultimi anni, continuando ad affrontare il tema dell'intervento musicoterapico in ambiente Snoezelen e, se possibile, tentando di indagare nuove possibilità di lavoro all'interno dell'ambiente stesso. Nei precedenti progetti si è lavorato con tecniche musicoterapiche supportate prevalentemente da strumenti musicali e altri materiali multisensoriali, anche musicalmente connotati. Le ipotesi di lavoro si fondavano sull'idea che la particolare efficacia della pratica musicoterapica in ambiente Snoezelen sia il risultato, oltre che della stimolazione sensoriale fornita dagli elementi propri della stanza, anche dell'utilizzo di ulteriori strumenti integrati a tale stimolazione. Qui si riprende questa idea ma, come elemento di novità rispetto alle precedenti progettualità, si sceglie di concentrare l'attenzione durante le sedute sull'utilizzo del mezzo vocale, come strumento corporeo che estende il sé fisico e proietta la propria identità sonora, creando la vibrazione, risuonando e fornendo quindi al corpo stesso un rimando sensoriale.

Ci si propone di sperimentare l'utilizzo della voce intonata, in particolar modo del canto, come modalità comunicativa che prescinde il semplice livello verbale, pur non escludendolo, allo scopo di offrire una stimolazione sensoriale e musicale più completa, favorendo una maggior relazione dell'utente con il terapeuta e con l'ambiente esterno e incoraggiandone l'attivazione e aumentando le possibilità di condivisione ed empatia. Si ipotizza, quindi, che le attività proposte possano risultare maggiormente efficaci, rilassanti e gratificanti per il paziente, aumentandone il grado di benessere, se veicolate attraverso la voce intonata e il canto.

Utenza

Si mantiene, come ormai di consueto, la possibilità di rivolgere l'attività sia all'utenza dell'area disabilità che a quella dell'area minori.

I soggetti disabili coinvolti sono complessivamente 12, così suddivisi:

9 soggetti con disabilità;

3 soggetti dall'area minori, 2 in età evolutiva e un'adolescente.

Protocollo di osservazione e valutazione

L'assunto di partenza è, anche per questa annualità, quello di non essere in presenza di un campione considerabile come rappresentativo, dato il numero non troppo ampio di utenti osservato, l'eterogeneità del gruppo di indagine per età, categoria di deficit o assenza di deficit (nel caso degli utenti minori), periodo di tempo del percorso relativamente limitato.

In linea con ciò, la scelta progettuale è quella di avvalersi, per l'indagine e la valutazione, oltre che della descrizione narrativa delle sedute musicoterapiche in forma di diario, ancora una volta del Protocollo IMTAP, in quanto strumento di indagine che consente di avere una visione globale del soggetto osservato e di definire delle specifiche aree sulle quali concentrare l'attenzione, permettendo delle valutazioni a più livelli.

La scelta per questa annualità è quella di condividere da parte delle terapisti coinvolte i domini di osservazione, riducendoli solamente a quelli in comune a ciascun singolo percorso (pur mantenendo alcune differenze per quanto riguarda i sotto-domini, in relazione alle peculiarità dei singoli soggetti coinvolti) e in linea con le finalità definite dalla ricerca, indagando gli ambiti quindi legati alla comunicazione, all'espressione e all'emozionalità, in maniera da rendere comunque il più possibile omogenea la valutazione.

Considerazioni conclusive

Si conferma il generale gradimento delle attività proposte in relazione al *setting*. Si è posta attenzione al cogliere le preferenze di ciascun partecipante rispetto alle singole stimolazioni della stanza, in maniera da poterle integrare in maniera efficace alla proposta musicale, avendo cura di notare anche se e quali stimolazioni in qualche modo potessero essere in qualche modo disturbanti. Si è constatato, confermando i risultati delle precedenti ricerche, che la stanza offre in generale, grazie alla sensazione di accoglienza e benessere che trasmette, la possibilità al percorso musicale di godere di un ambiente accogliente e rassicurante, riconosciuto da molti degli utenti come contesto di benessere in generale e luogo speciale e specificamente legato all'attività musicale. Questo in ugual modo per gli utenti disabili e per i minori.

Per i minori è stata importante la stanza come luogo in cui potersi muovere e giocare, dove poter esprimere la loro creatività e la "musicalità del corpo". Le terapisti in questo senso hanno potuto operare creando una relazione più generale tra la stanza e la musica, meno legata forse al mezzo vocale in senso stretto, almeno con i bambini, un po' di più con l'adolescente. Al contrario, con gli utenti disabili, è stato particolarmente significativo integrare l'utilizzo della voce alle altre stimolazioni sensoriali della stanza, in particolar modo con chi di loro non ha la possibilità di muoversi in autonomia all'interno dell'ambiente.

Punti di forza e criticità

Rispetto allo strumento di valutazione si sottolinea il tentativo, da parte del gruppo di lavoro, di approfondirne anche a livello teorico l'utilizzo, cercando quindi di uniformare il più possibile i parametri di valutazione durante la somministrazione, sia attraverso momenti di confronto *in itinere*, sia grazie ad alcuni momenti di compresenza durante le sedute utilizzate per la valutazione.

Il *focus* della ricerca, mantenuto in maniera predominante sull'ambito dell'espressività, come presa di contatto con le proprie emozioni, ha permesso di concentrare il lavoro in un'ottica di appoggio al percorso di individuazione di ciascun soggetto in modo che, attraverso la relazione, mediata dalla musica e dalla voce, potesse aprirsi all'esterno e, in base alle proprie risorse, partecipare ad un percorso espressivo e comunicativo di valore, per quanto possibile slegato da stereotipi e modelli ripetitivi, dimostrando che ciò può accadere, seppur in forma e misura diversa, anche in situazioni personali in cui è difficile vivere le proprie emozioni e soprattutto esprimerle.

Anche in questo caso, per quanto riguarda i minori, va osservato che entrare in relazione rappresenta una fase complessa e delicata da affrontare. Rispetto alle ipotesi di ricerca iniziali, di conseguenza, per il gruppo dei minori, il principale impegno durante il percorso si è concentrato sulla fase preliminare di acquisizione della fiducia e di accettazione, per poi iniziare a lavorare più specificatamente con la musica in generale, contenitore espressivo delle emozioni, con un lavoro quindi meno "finalizzato" alla voce come espressione delle emozioni, ma che ha permesso di generare un inizio del "dire".

Anno 2015

"...A tempo...Pulsazione ed esperienze ritmiche in Stanza Snoezelen"

Monte ore: 210 ore frontali suddivise tra 2 musicoterapisti.

Modalità: Sedute individuali.

Partecipanti: Soggetti disabili e soggetti minori (età evolutiva).

Setting: Stanza Snoezelen

Focus/ipotesi di ricerca

Il progetto per questa annualità è basato sulla pulsazione e sull'indagine delle sue possibilità comunicative. La pulsazione viene considerata, tra i vari elementi musicali, quello più primordiale e versatile. L'idea di base è quella di integrare quindi le esperienze multisensoriali con un elemento strutturato e schematico, quale appunto è la pulsazione, in maniera tale che l'esperienza ritmica permetta l'interazione anche agli utenti con capacità ridotte o deficit particolarmente invalidanti. Questo percorso è finalizzato quindi alla sperimentazione di un canale comunicativo non

convenzionale, quello ritmico, che intervenga sia a livello emotivo e relazionale ma anche comunicativo in senso proprio, permettendo, in presenza di deficit, di esprimersi attraverso un nuovo *media*, con una modalità più libera, slegata dalla inflessibilità delle norme del linguaggio, e che allo stesso tempo mantenga una sorta di distanza con ciò che viene espresso. Si indaga quindi sulla possibilità che le caratteristiche della pulsazione come struttura ripetibile, quindi più facilmente riconoscibile, di porre le condizioni per instaurare un dialogo sonoro. Gli effetti attesi riguardano:

- la possibilità di apprendimenti impliciti grazie alla reiterazione degli stimoli;
- il miglioramento dell'accessibilità agli stimoli e la loro comprensione nella fruizione del mondo esterno;
- il miglioramento delle capacità motorie;
- l'aumento dell'autostima, grazie alla maggior padronanza di questo canale comunicativo.

Utenza

Si mantiene, come ormai di consueto, la possibilità di rivolgere l'attività sia all'utenza dell'area disabilità che a quella dell'area minori.

I soggetti disabili coinvolti sono complessivamente 12, così suddivisi:

- 9 soggetti con disabilità
- 3 soggetti dall'area minori in età evolutiva.

Protocollo di osservazione e valutazione

Si mantiene l'utilizzo del protocollo IMTAP per la valutazione, insieme alla compilazione di diari descrittivi delle sedute. Ritorna una maggiore differenziazione nella scelta dei domini di indagine relativamente ai singoli percorsi, pur riducendoli complessivamente ad alcune aree (cognitiva, motoria, emotiva, comunicativa-relazionale).

Considerazioni conclusive

Si conferma che l'ambiente multisensoriale costituisce una fonte di arricchimento per l'attività musicale e musicoterapica. Se per alcuni utenti certe stimolazioni sono risultate distraenti, per altri, invece, l'esperienza multisensoriale ha concorso a rendere l'ambiente rilassato e sereno. Anche in questa esperienza si riscontrano le maggiori difficoltà riguardo il tempo richiesto da alcuni soggetti per stabilire un contatto relazionale: ciò vale soprattutto per i soggetti minori. Rispetto agli obiettivi preliminari ipotizzati prima di iniziare l'attività e prima della selezione dei soggetti partecipanti, successivamente nella pratica si è posta maggiore attenzione all'aspetto relazionale del rapporto musicoterapico. La mancanza di fiducia nei confronti del terapeuta, infatti,

non avrebbe permesso il normale svolgimento delle attività programmate.

Il confronto con disabilità molto gravi ha permesso di sperimentare e creare nuove tecniche di relazione e di coinvolgimento emotivo dell'utente. La ridotta mobilità di alcuni utenti e i gravissimi deficit da cui sono interessati hanno in parte modificato le aspettative sulle attività che si sarebbero svolte. Si è quindi ritenuto necessario e maggiormente efficace per l'esperienza stessa sostenere l'andamento dei singoli percorsi per come si sono delineati *in itinere*, seppure talvolta distaccandosi in parte dall'iniziale ipotesi di ricerca.

Punti di forza e criticità

Dopo molti anni, si mantengono le acquisizioni riguardo alla pratica e all'organizzazione del percorso già sperimentate e risultate significative.

Si conferma l'attenzione principale da parte dei musicoterapisti mirata all'ambito della sfera relazionale, dimostrandosi ancora una volta il filo conduttore nell'evoluzione del bando, una delle finalità generali prevalenti, base per il perseguimento di ulteriori obiettivi specifici.

L'elemento ritmico si è configurato come una struttura idonea ad un percorso musicoterapico in sinergia con gli elementi multisensoriali presenti nella Stanza Snoezelen, indipendentemente, quindi, dall'utente specifico cui ci si sarebbe rivolti. Se ciò permette un impianto teorico di partenza più chiaro, ma anche più generale, questo si modifica poi necessariamente *in itinere*, nel delinearci dei singoli percorsi, anche molto differenti tra loro e difficilmente confrontabili data la loro unicità.

Anno 2016

“Suono...come vibrazione. L'utilizzo del suono e della vibrazione in Stanza Snoezelen come possibile strategia di sollievo al dolore “globale””

Monte ore: 210 ore frontali suddivise tra 4 musicoterapisti.

Modalità: Sedute individuali.

Partecipanti: Soggetti disabili e soggetti minori (età evolutiva e adolescenti).

Setting: Stanza Snoezelen

Focus/ipotesi di ricerca

L'intento è quello di sperimentare i benefici dell'intervento musicoterapico su utenti affetti da dolore di varia natura, all'interno dell'ambiente multisensoriale rappresentato dalla Stanza Snoezelen. Il dolore si intende come “globale”, cioè come dolore che raccoglie al suo interno una sofferenza sia di tipo fisico che di tipo emotivo-psicologico, dal momento che, unitamente ai sintomi di origine somatica e sensoriale, gli utenti manifestano in molti casi sintomi depressivi, ansiogeni o di rabbia che necessitano di essere osservati, valutati e contenuti per poter affrontare un intervento mirato ed efficace. Il progetto focalizza dunque la sua attenzione su entrambe le forme di dolore, in quanto strettamente interconnesse nel quadro di ogni specifica patologia. Attraverso il suono, la vibrazione e la musica, come ponti espressivi e di aggancio, si cerca in primo luogo di generare stimoli positivi, situazioni di benessere e gratificazione, tesi ad una sintonizzazione con gli utenti, per poi tentare un intervento che ne moduli o quantomeno ne attutisca il dolore cronico.

Le stimolazioni musicali utilizzate in Musicoterapia, sono generate dall'aspetto melodico-armonico, dall'aspetto ritmico-percussivo e dal movimento corporeo-sonoro. In ciascuna di queste possibilità sonore l'elemento base ricorrente, determinante e, al contempo, discriminante è la vibrazione, intesa sia come fenomeno elettro-acustico, sia come corrente in grado di veicolare emozioni ed energia.

Si ritiene che la capacità vibratoria possa creare delle strutture energetiche capaci di influire su quelle dimensioni della realtà con cui entrano in risonanza e che il reintegro di una vibrazione armonica tra le varie dimensioni, fisica, emotiva e mentale che compongono la persona possa contribuire almeno parzialmente al ristabilimento della salute. Partendo da questi presupposti si è cercato di rilevare nei singoli soggetti, anche grazie all'utilizzo di uno strumentario adeguato, quale delle diverse aree fosse più congeniale all'instaurarsi di un lavoro condiviso e in quale modo le

vibrazioni, ad esse collegate, potessero lenire o attutire il dolore, o quanto meno, favorire il rilassamento e ridurre le situazioni di ansia e stress.

Utenza

Si mantiene, come ormai di consueto, la possibilità di rivolgere l'attività sia all'utenza dell'area disabilità che a quella dell'area minori.

I soggetti disabili coinvolti sono complessivamente 12, così suddivisi:

9 soggetti con disabilità;

3 soggetti dall'area minori, 2 in età evolutiva e un'adolescente.

Protocollo di osservazione e valutazione

Anche questa ricerca viene valutata attraverso l'utilizzo del Protocollo IMTAP, per quanto riguarda il percorso musicoterapico. In relazione all'aspetto valutativo più strettamente collegato al dolore, si prevede l'intervento di una ulteriore professionalità, nello specifico una figura psicologica, competente per questo genere di valutazione.

Considerazioni conclusive

Al termine del lavoro si riconferma la convinzione che una relazione di aiuto, come quella musicoterapica, sia costruita ponendo l'utente al centro delle attività, al centro della relazione stessa, con i suoi bisogni e le sue peculiarità, rendendolo in tal modo partecipe di una ricerca condivisa con il musicoterapista, nella quale scoprire nuove possibilità di esplorazione di sé, di interazione e comunicazione con l'altro.

In linea con quanto già indagato negli interventi di ricerca delle precedenti edizioni, si è cercato di integrare gli elementi multisensoriali forniti dalla Stanza Snoezelen alla stimolazione musicale, con la consapevolezza che l'unione sinergica di queste due realtà possa contribuire alla formazione e alla stabilizzazione di una relazione empatica con gli utenti e diventare un ulteriore presupposto per future indagini e lavori di ricerca. Ricercando e stimolando in particolare la vibrazione interiore dell'utente attraverso le vibrazioni musicali adatte, si è così agevolato ogni individuo nella ricerca di un'espressione libera e possibile al di là del deficit, della disabilità o del disagio presenti.

La maggior parte degli utenti ha manifestato interesse verso l'ambiente Snoezelen ed è stato così possibile rendere ancor più efficace l'intervento musicoterapico; anche laddove gli utenti non manifestassero un particolare interesse verso le singole stimolazioni della stanza è stato possibile adattarla e gestire lo spazio in modo da accoglierli in un ambiente sereno e confortevole.

L'aspetto vibrazionale, sperimentato diversamente secondo le patologie degli utenti, ha messo in evidenza dei miglioramenti in nelle diverse aree osservate. Le esperienze più significative di interazione e creatività si sono verificate con l'utilizzo della vibrazione attraverso il canto e le sperimentazioni di tipo melodico-ritmico. Percepire attentamente dove e come vibra il proprio corpo durante il canto è stata infatti una chiave importante per portare gli utenti a un diverso livello di conoscenza interiore che, grazie al rapporto di fiducia instaurato, ha permesso un confronto immediato. In altri casi, vibrazioni gravi, come quelle di un tamburo suonato con dei battenti, hanno creato le condizioni ideali per esprimere musicalmente sentimenti come la rabbia.

La principale criticità della ricerca si è rivelata essere il collegamento tra l'attività musicale e la quantificazione del livello di dolore, specificatamente ad ogni singolo utente. Per la maggior parte degli utenti si tratta di dolore psicologico, difficile da capire e da investigare. Lo sforzo è stato innanzitutto capirne l'entità, il tipo e l'origine e di creare poi il percorso più adatto.

Ancora una volta si osserva come l'eterogeneità dell'utenza selezionata consenta di sperimentare con un'ampia gamma di deficit gli effetti di un intervento musicoterapico mirato; al contempo il rischio è quello di allontanare il lavoro dal punto di vista dei rilevamenti e di una osservazione complessiva più coerente e attendibile relativamente all'impianto di ricerca.

Punti di forza e criticità

Per poter facilitare ed instaurare una relazione empatica, si sono primariamente sondate le possibili modalità espressive di ogni singolo utente in relazione alla musica. Questa modalità di azione è parte del protocollo e ha rappresentato la prima fase di ciascun percorso, durante tutte le annualità scorse. Per quanto riguarda il progetto attuale, la maggiore consapevolezza di avere in partenza informazioni generali ha condotto a porre ancora più attenzione alla fase iniziale del percorso, all'osservazione dettagliata delle attitudini e delle preferenze di ciascun partecipante, in maniera da stabilire delle basi concrete per impostare in maniera efficace i singoli percorsi. In ambito musicoterapico sono infatti diverse le stimolazioni attraverso le quali operare e interagire durante il trattamento, ma la scelta di una modalità non può essere aprioristicamente considerata efficace per tutta l'utenza a cui ci si rivolge, se non dopo una valutazione che, dalle finalità generali, possa con maggior aderenza portare al raggiungimento di obiettivi più specifici.

L'UTENZA

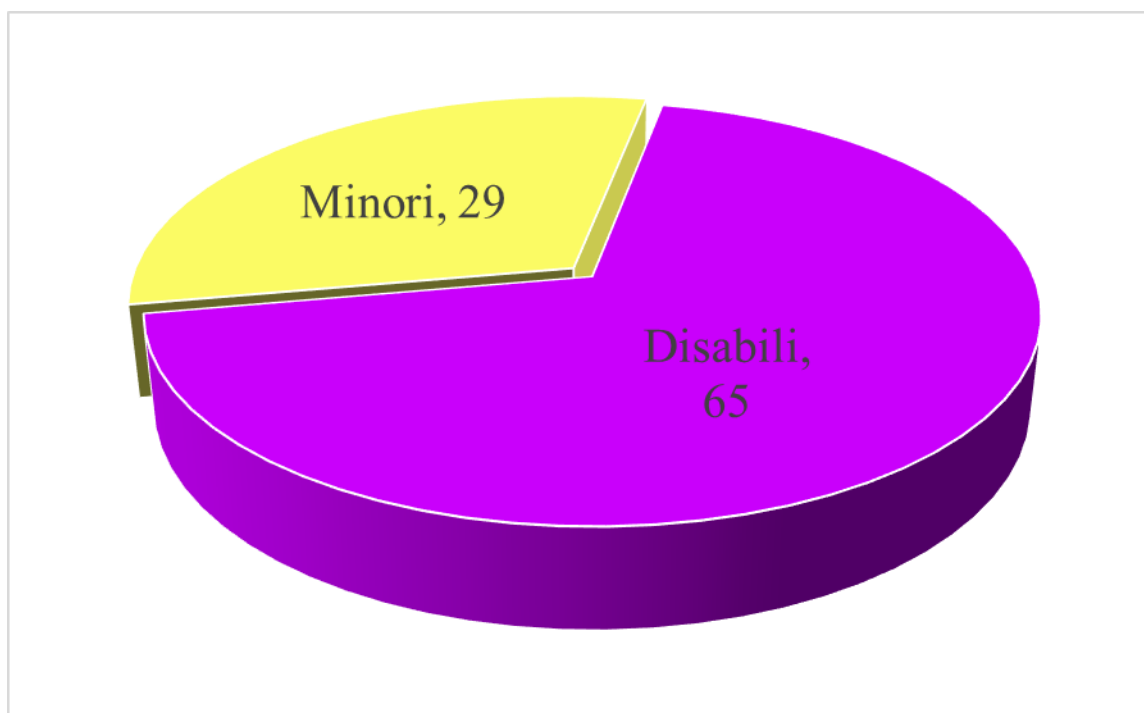
Come si evince dalla precedente sintesi delle progettualità fino ad ora realizzate, mentre nel 2010, nella prima edizione, ci si è rivolti esclusivamente all'utenza accompagnata da disabilità fisica, psichica, sensoriale, a partire dal secondo anno, si è ritenuto di inserire nelle attività anche un

gruppo di minori in disagio sociale. Questa prassi, sperimentale appunto nell'anno 2011, si è consolidata fino a diventare un assunto, assestandosi successivamente su un numero medio di **3 minori** coinvolti e mantenendo costante la proporzione numerica rispetto ai **9 soggetti con disabilità** per ciascuna annualità. Il numero di minori complessivo incide sul totale dei **94 percorsi attivati** in misura inferiore rispetto a quello dei disabili, ma è comunque significativo in rapporto al numero totale di minori ospitati nella struttura. La scelta degli utenti a cui rivolgere l'attività è stabilita di anno in anno dall'*équipe* del Centro sulla base del più ampio Progetto Educativo Riabilitativo Individuale che accompagna ciascun ospite.

La tabella che segue riporta, differenziando per annualità e per area di provenienza (area disabilità o area minori in disagio sociale), il numero di percorsi attivati nel periodo 2010-2016.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016		Totale
Disabili	16	8	6	8	9	9	9		65
Minori	0	10	6	4	3	3	3		29

Per maggiore chiarezza, la prossima immagine sintetizza graficamente il numero complessivo di percorsi attivati (2010-2016), differenziando per area disabilità e area minori.



È necessario specificare la differenza tra il totale dei percorsi attivati e il totale del numero di soggetti incontrati. Mentre per quanto riguarda l'area minori i due dati coincidono (**29 percorsi** attivati con **29 minori** diversi), non vale lo stesso per l'area disabilità.

Nel corso degli anni, infatti, alcuni soggetti, per scelta operata dall'*équipe* interna alla struttura, hanno seguito più percorsi. L'*équipe* ha ritenuto di riproporre l'esperienza ad alcuni soggetti, in quanto particolarmente sensibili alla proposta musicale per attitudine personale, e perché la musica rappresenta un canale facilitante la loro integrazione del sé, sulla base appunto dei singoli Progetti Educativi e Riabilitativi Individuali.

Nello specifico:

10 persone hanno partecipato a 2 percorsi nel corso degli anni;

2 persone hanno partecipato a 3 percorsi;

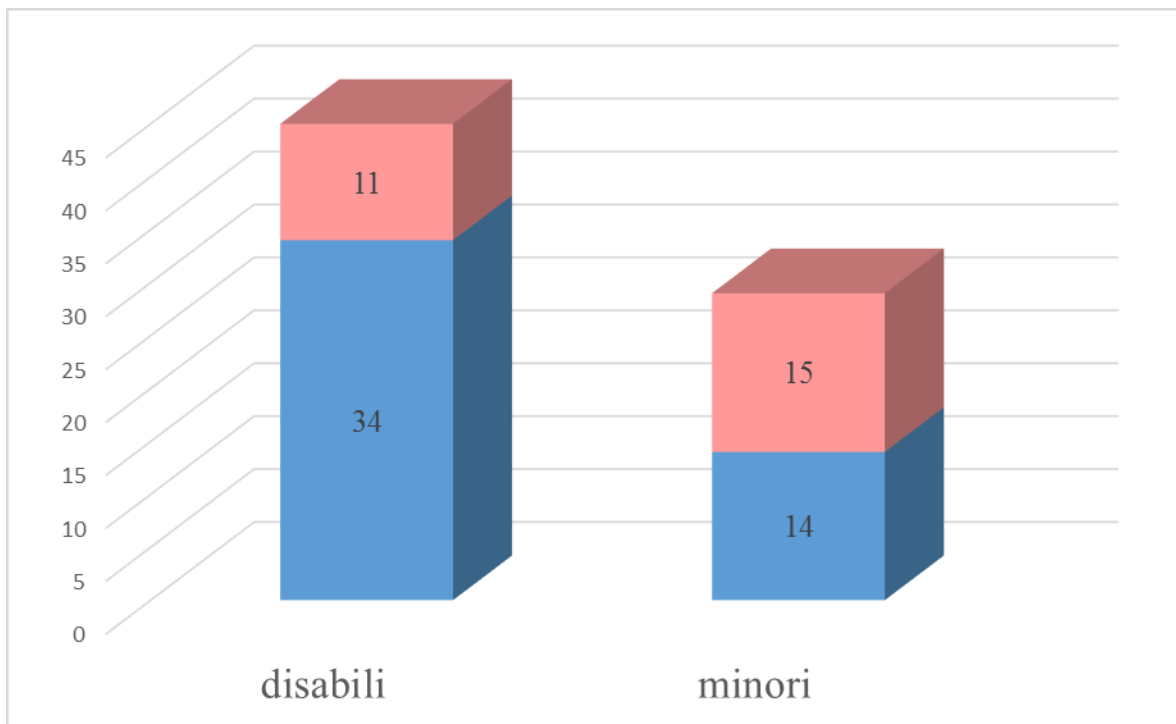
2 persone hanno partecipato a 4 percorsi.

In sintesi, a fronte quindi dei **65 percorsi attivati** in totale, sono stati presi in carico complessivamente **45 soggetti con disabilità**.

Una ulteriore precisazione si rende necessaria. Nell'anno 2010, come già descritto nella precedente sezione, sono stati coinvolti nella progettualità alcuni soggetti in qualità di "gruppo di controllo" che hanno fruito del solo Protocollo Snoezelen all'interno della stanza, come accade normalmente nella regolare programmazione delle attività riabilitative della UOC CERRIS-RSA Disabili Marzana. Il gruppo in questione è composto da **8 soggetti**, provenienti nella quasi totalità (7 di loro) dal nucleo Arcobaleno (il quale ospita soggetti con gravissime compromissioni), tranne che in un caso (nucleo La Farfalla).

Per dettagliare maggiormente, segue una rappresentazione dell'utenza coinvolta (sempre effettiva, ovvero al netto dei percorsi multipli), la quale propone una suddivisione per sesso differenziandola in area disabilità e area minori.

Convenzionalmente i maschi sono indicati col colore azzurro e sono 34 per quanto riguarda i disabili e 14 per quanto riguarda i minori. Le femmine invece, in rosa, sono 11 per quanto riguarda i disabili e 15 per l'area minori. Mentre nel caso dei minori si può notare un sostanziale equilibrio, per l'area disabilità si vede una partecipazione nettamente superiore dei soggetti maschi.



Inoltre, nell'ambito disabilità, si differenzia il campione anche per età. Anche in questo caso, sarebbe interessante confrontare il dato con l'età media dei soggetti complessivamente ospitati dalla struttura. Il grafico riporta il numero totale dei soggetti incontrati suddiviso per le seguenti fasce d'età:

0-17; questa fascia è presente in quanto all'interno della struttura, alcuni minori con disabilità e compromissioni particolarmente gravi, vengono ospitati nei nuclei adeguati dedicati ai soggetti disabili;

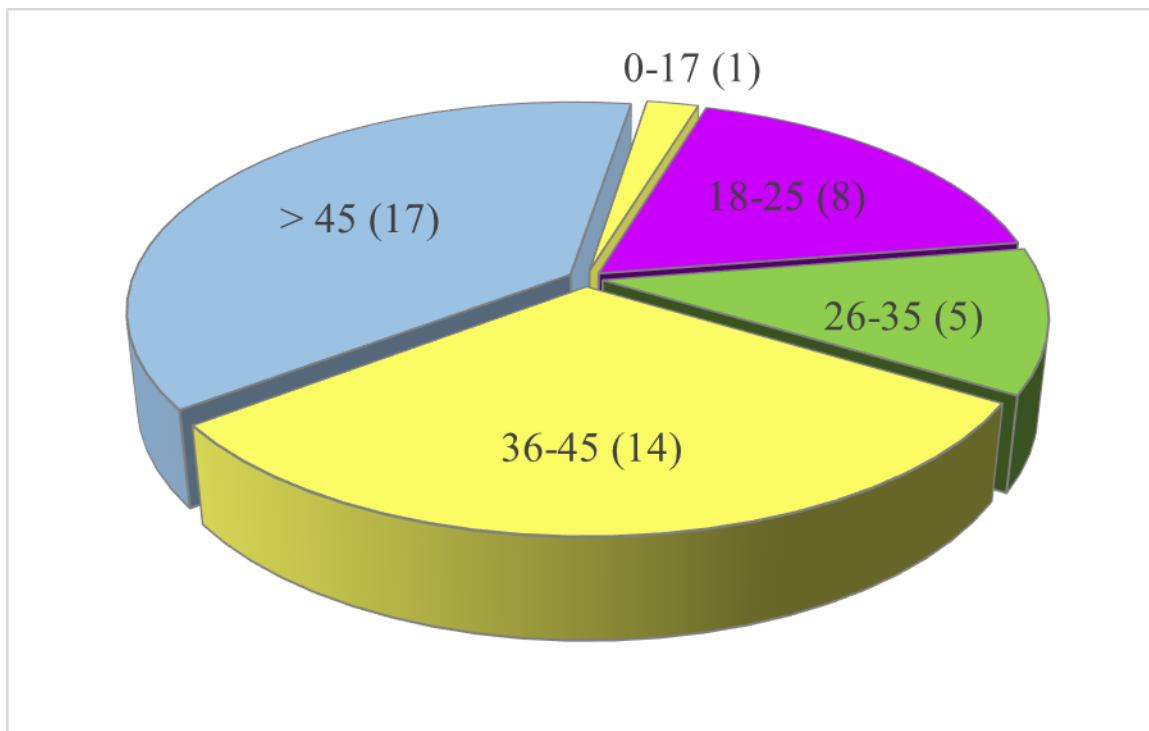
18-25;

26-35;

36-45;

>45.

L'età dei partecipanti, per come rappresentata nell'immagine, è quella rilevata al momento del trattamento, cioè nell'anno di partecipazione; per chi ha partecipato più volte al progetto in diverse annualità, la rilevazione è riferita al primo percorso seguito. Ciò si è reso necessario per non falsare il dato complessivo.



Come si può osservare, l'intervallo di età maggiormente incontrato è quello relativo alle persone che superano i 45 anni di età, subito seguito dalla fascia compresa tra i 36 e i 45 anni. È sicuramente possibile mettere in relazione questo dato con la durata media degli inserimenti dei soggetti con disabilità grave, che copre una lunga parte della vita di ciascuno di loro. L'aggravarsi delle patologie o delle conseguenze delle diverse disabilità negli anni, correlato quindi strettamente con l'età, ha, lungo l'arco di tempo preso in considerazione, fatto scegliere di privilegiare queste persone per l'attività musicoterapica. La struttura offre abitualmente altre terapie riabilitative, quali idroterapia, fisioterapia, ippoterapia, *pet-therapy* oltre a numerose attività laboratoriali di stimolazione e partecipazione, quali giardinaggio, falegnameria, laboratori creativi, uscite sul territorio...attività alle quali l'utenza più giovane e meno grave riesce ad afferire con maggior facilità. Questa osservazione sarà confermata dall'analisi dei nuclei di provenienza degli ospiti.

Si conclude quindi la descrizione dell'utenza coinvolta, differenziandola per nucleo di provenienza all'interno della struttura UOC CERRIS-RSA Disabili Marzana. A tale scopo è necessario riassumere l'organizzazione della struttura stessa, dei singoli nuclei che la compongono, con le caratteristiche che li contraddistinguono, per poter fare alcune osservazioni rispetto ai soggetti incontrati.

Il Centro suddivide la sua proposta in servizi assistenziali di residenzialità e di semi-residenzialità, che andranno ora dettagliati e descritti nella loro suddivisione in nuclei.

La residenzialità è composta da due Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e una Comunità Alloggio (CA).

RSA:

Pegaso: soggetti con grave disabilità prevalentemente psichica, alcuni con spunti comportamentali; livelli cognitivi e di autonomie eterogenei;

Andromeda: area a sua volta suddivisa in tre nuclei:

- **Arcobaleno:** soggetti con grave disabilità neuromotoria ed elevata assistenza sanitaria (presenza dell'infermiere h 24); deficit cognitivi gravissimi e livelli di autonomie assenti;
- **Farfalla:** soggetti con grave disabilità neuromotoria, in prevalenza ospiti che hanno subito traumi da incidenti o anossia da eventi cardiaci; livelli cognitivi e di autonomie eterogenei;
- **Le Stelle:** soggetti con grave disabilità psichica e neuromotoria con prevalenza di spunti comportamentali; deficit cognitivi gravissimi e livelli di autonomie assenti.

CA:

Aliseo: soggetti con disabilità psichica e sensoriale, alcuni con problematiche comportamentali; sufficienti livelli cognitivi e di autonomia.

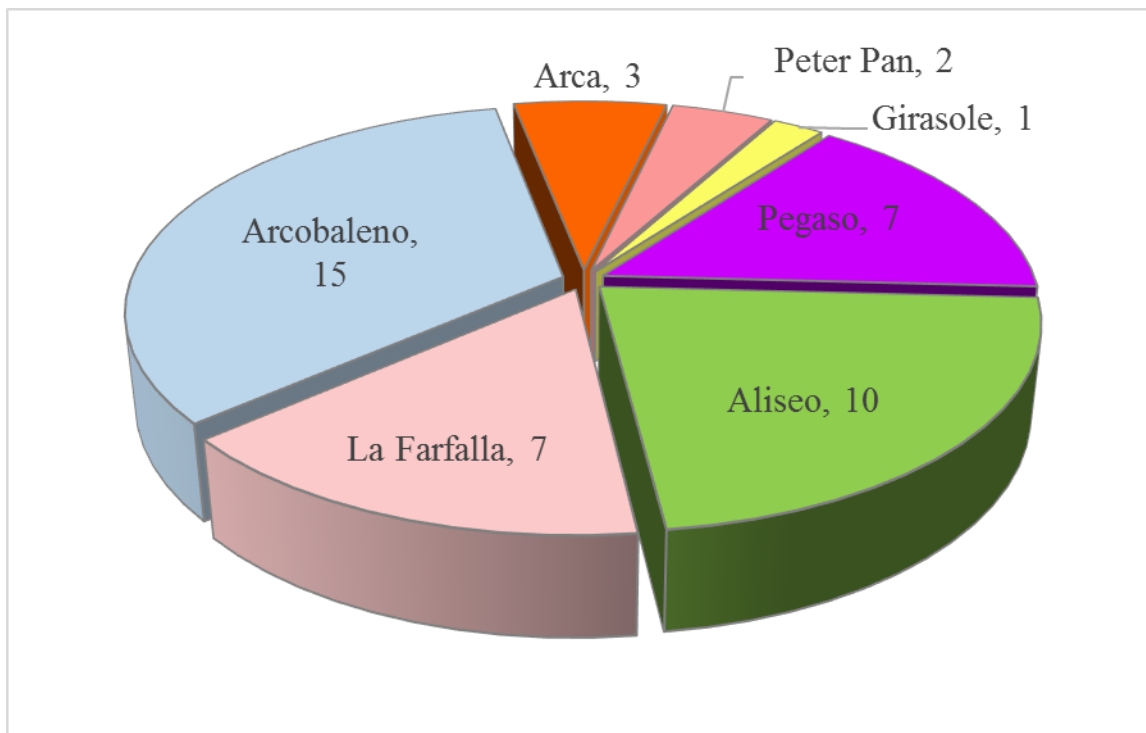
La semi-residenzialità è costituita da due Centri Diurni (CD):

Il primo a sua volta differenziato in:

- **Peter Pan:** soggetti con grave disabilità neuro-motoria e sensoriale, con necessità di elevata assistenza sanitaria; deficit cognitivi gravissimi e livelli di autonomie assenti;
- **Girasole:** soggetti con grave disabilità neuro-motoria, psichica e sensoriale; livelli cognitivi e di autonomie eterogenei;

Arca: soggetti con disabilità psichica e sensoriale grave e media, alcuni con sufficienti e discreti livelli cognitivi e di autonomie.

L'immagine seguente rappresenta graficamente il numero degli utenti disabili effettivamente incontrati (anche in questo caso al netto dei percorsi multipli) in relazione ai nuclei di provenienza.



Come si può osservare, il numero maggiore di soggetti (15) proviene dal nucleo Arcobaleno, caratterizzato da gravissime disabilità neuromotorie e cognitive, oltre che da grosse compromissioni di tipo sanitario. Si tratta quindi di persone che vivono nel nucleo che ospita pazienti con le diagnosi più gravi e che risultano, seppure di poco, essere “privilegiati” riguardo la proposta musicoterapica. Segue, numericamente, il nucleo Aliseo (10 persone), che ospita una tipologia diversa di utenza, quella accompagnata prevalentemente da diagnosi di deficit psichico e sensoriale, con superiori abilità quindi dal punto di vista motorio e cognitivo, ma maggiormente caratterizzata da problematiche comportamentali.

Se si sommano i dati riguardanti i nuclei Arcobaleno (15), La Farfalla (7) e Peter Pan (2), si contano **24 soggetti**, circa quindi la metà degli utenti totali, che afferiscono a nuclei con diagnosi principale relativa alla sfera neuromotoria.

Sommando invece i dati dei nuclei Aliseo (10) e Pegaso (7), si contano **17 soggetti** coinvolti con diagnosi relative all'area psichica.

A ciascuno di questi due gruppi può essere aggiunto il dato relativo al nucleo Girasole (1), che comprende soggetti con diagnosi di ambo gli ambiti, con maggior eterogeneità dal punto di vista cognitivo.

I 3 soggetti rimanenti rappresentano il nucleo meno preso in considerazione dalla progettualità, il Centro Diurno Arca, in quanto ospitante soggetti con discreti livelli cognitivi e di autonomia, con maggiori possibilità, come precedentemente detto, di essere coinvolti in svariate altre attività socializzanti e creative previste dalla regolare programmazione della struttura.

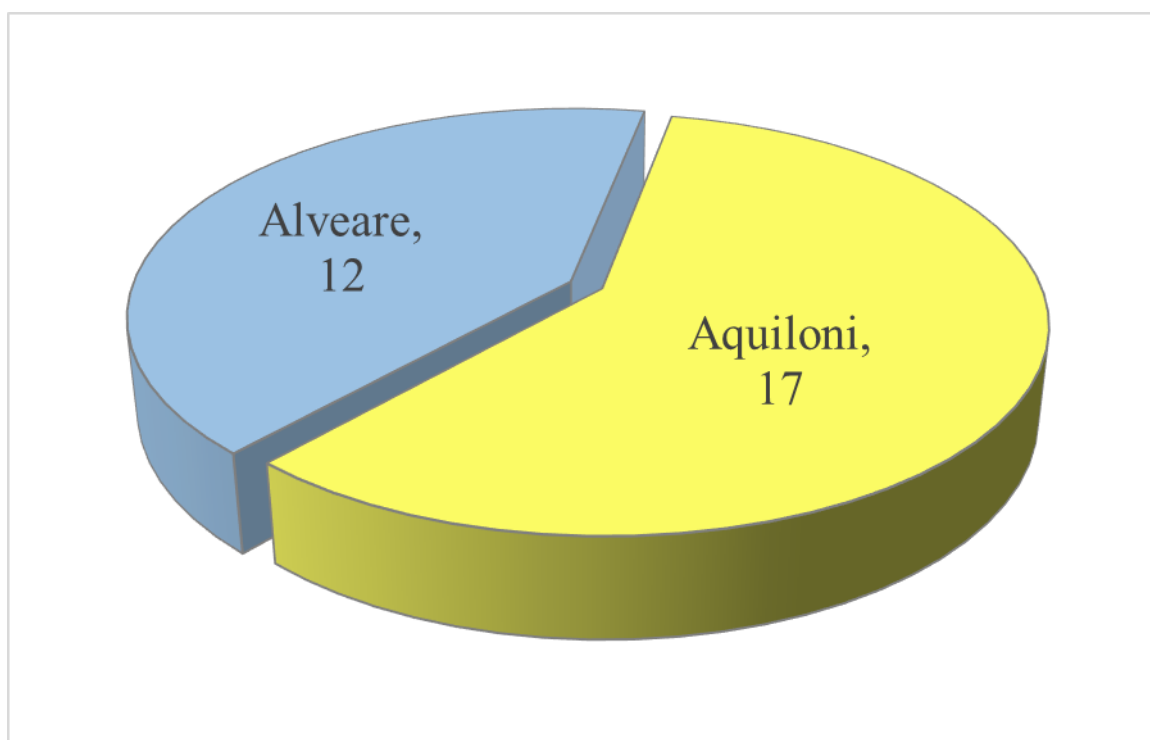
Si riportano anche i dati riguardanti i due nuclei in cui è suddivisa l'area minori. Ospitano, in forma di comunità, minori in disagio sociale, con problematiche importanti a livello familiare, quindi non necessariamente cognitive o fisiche, prevalentemente con conseguenze a livello psicologico e comportamentale e sono rispettivamente:

Aquiloni: minori in età evolutiva (0-12 anni);

Alveare: minori adolescenti (13-18 anni).

A differenza dell'area disabilità, questa suddivisione sottintende anche le età dei soggetti, dato che non verrà quindi, come nel caso precedente, ulteriormente dettagliato.

Il grafico sotto riportato rappresenta i dati relativi al nucleo di provenienza.



Si osserva una leggera maggioranza della partecipazione dei soggetti in età evolutiva (Aquiloni). Se questo dato viene confrontato con i numeri parziali per annualità descritti nella tabella iniziale (percorsi totali attivati), si potrà osservare che, a partire dalla prima sperimentazione del percorso anche con l'area minori (anno 2011), il numero di soggetti che vi hanno avuto accesso è stato variabile di anno in anno, fino ad una stabilizzazione avvenuta nel corso delle ultime annualità su una media di 3 soggetti complessivamente per anno. Si rimanda, per ulteriore suddivisione in area età evolutiva (Aquiloni) e adolescenti (Alveare) al paragrafo dedicato alla sintesi delle singole progettualità.

IL PROTOCOLLO DI OSSERVAZIONE E VALUTAZIONE

Il presupposto generale di partenza per una riflessione obiettiva sulle metodologie di osservazione e valutazione in Musicoterapia, e sulla valutazione nello specifico caso della progettualità in esame, è il seguente: la Musicoterapia non sempre riesce a ottenere la base scientifica forte richiesta dalla medicina basata sull'evidenza, perché spesso non è possibile avere quelle condizioni di randomizzazione, doppio-cieco, confronto con altri trattamenti...necessarie alla "scientificità". Di conseguenza anche i risultati che si ottengono non sono sempre quantificabili e trasformabili in numeri. Anche nel nostro caso questo è osservabile e verificabile e lo dimostra la sperimentazione effettuata in questi anni al riguardo. D'altro canto dai risultati dell'esperienza e dalle valutazioni eseguite non si può non cogliere l'efficacia della musica. Nel corso della loro pratica quindi, i musicoterapisti imparano anche a misurare senza i numeri, adattando le loro capacità di valutazione di efficacia su terapie diverse da quelle più classiche e tradizionali della medicina scientifica.

Fatta salva questa premessa, rimane lo sforzo di provare comunque a quantificare i risultati delle osservazioni compiute durante la pratica e ciò è valso anche nello specifico per le esperienze condotte in questi anni all'interno della progettualità in esame.

La metodologia utilizzata nell'analisi e nella valutazione è più in generale riferibile all'ambito dello studio di casi e della ricerca-azione. Permette quindi di descrivere i percorsi innanzitutto qualitativamente (i diari dei quali sono consultabili in ciascuna delle relazioni conclusive stilate dai gruppi di lavoro che si sono avvicendati), prevedendo però al contempo delle ipotesi e degli obiettivi iniziali, una progressione comunque misurata, l'osservazione sull'andamento e la riflessione conseguente sugli assunti iniziali, in un'ottica di pianificazione, osservazione, azione e valutazione. Strutturando così il lavoro, è possibile quindi restituire anche dei dati numerici i quali, seppure non siano utilizzabili come dato statistico, possono sottolineare in maniera maggiormente "scientifica" le osservazioni qualitative sull'andamento dei singoli percorsi.

Nel corso degli anni la sperimentazione ha lavorato, pur se con alcune difficoltà, oltre che sulla messa a punto delle modalità di azione più efficaci e delle buone pratiche musicoterapiche in ambiente Snoezelen, anche sulla scelta di strumenti di valutazione adeguati alle specificità di questa progettualità. Si è nel corso degli anni sentita la necessità di adottare uno strumento comune, innanzitutto come elemento di continuità nella discontinuità dell'avvicinarsi di gruppi di lavoro differenti. Lo strumento avrebbe dovuto inoltre il più possibile rispondere alle esigenze valutative e di restituzione dei dati al termine dei singoli percorsi e delle progettualità.

Il protocollo IMTAP è sembrato, grazie alla sua completezza, rappresentare un buon compromesso

tra le due esigenze, descrivere degli andamenti e, nel contempo, renderli misurabili ed esprimibili anche attraverso dei dati numerici e oggettivi. Certamente lo studio dello strumento, data la sua complessità, deve ancora progredire per affinarsi maggiormente, in maniera da renderne l'applicabilità il più omogenea possibile; per questo motivo la scelta progressiva è stata quella di utilizzarlo come strumento di valutazione principale per ciascuna delle ricerche, anche eventualmente affiancato da altre schede di osservazione che di volta in volta ciascun gruppo di lavoro ha scelto o meno di inserire, ma comunque non prescindendo da esso.

Si descrive ora il protocollo per come è strutturato in generale e per come è stato utilizzato nel corso della sperimentazione di questi anni.

Il protocollo IMTAP

Il Protocollo IMTAP (*Individualized Music Therapy Assessment Profile*) è uno strumento di indagine, nato in America, che permette di avere una visione globale del soggetto osservato e di definire delle specifiche aree sulle quali concentrare l'attenzione, permettendo delle valutazioni a più livelli. Quello che consente di avere un ampio spettro di valutazione è la varietà nei punti di vista, metodologie ed esperienze dei musicoterapisti che l'hanno sviluppato. Diverse discipline sono state infatti coinvolte nel processo di costruzione del protocollo e diversi approcci: quello umanistico e improvvisativo, quello comportamentale, la logopedia e l'educazione speciale, l'approccio olistico e di gruppo.

È stato sviluppato da un *team* di musicoterapisti provenienti da ambiti di lavoro eterogenei:

Holly Tuesday Baxter, specializzata nel trattamento di adolescenti a rischio e con problematiche emotivo-comportamentali;

Julie Allis Berghofer, formata al Nordoff-Robbins, clinica e vicedirettrice alla California State University Northridge Music Therapy Wellness Clinic;

Judy Nelson, musicoterapista e logopedista;

Kasi Peters, musicoterapista e supervisore alla California State University Northridge Music Therapy Wellness Clinic;

Penny Roberts, formatasi alla Florida State University, impegnata con popolazione pediatrica e geriatrica.

Per ognuna delle componenti prese in questione, il *team* che ha collaborato per costruire questo strumento valutativo, ha raccolto ed elaborato test, profili di valutazione, ricerche, prese dalla letteratura musicoterapica, logopedica, pedagogica, di terapia occupazionale e di sviluppo infantile.

Per ciascuna specialità poi vi sono stati degli aggiustamenti con gli specialisti del settore, fino ad ottenere il test di valutazione che con le sue 374 domande nei suoi 10 domini di indagine, si rivela uno degli strumenti di valutazione più completi ad oggi disponibili in Musicoterapia. Da qui si può dedurre la larga applicabilità che il profilo riserva.

In origine la sua costruzione prende avvio dalla necessità di poter usufruire di uno strumento preciso e completo per poter monitorare la situazione e gli obiettivi raggiunti nei cicli di Musicoterapia con ragazzi e adolescenti in difficoltà e con soggetti con disabilità. Nasce quindi dalla consapevolezza che uno strumento di valutazione si rende necessario nel determinare i miglioramenti raggiunti, i mantenimenti, le generalizzazioni, e il raggiungimento degli obiettivi prefissati e che, senza uno strumento valido di valutazione, la Musicoterapia, così come ogni altro campo di ricerca, non può ottenere un reale riconoscimento scientifico.

Il protocollo non prescrive nessuna attività specifica né particolari metodologie e tecniche da utilizzare nelle sedute musicoterapiche, ma può essere facilmente applicato durante il normale svolgimento delle attività che ciascun terapeuta sceglie di proporre.

È composto, come detto, da 10 domini, che determinano diverse aree di apprendimento. Ogni parte del protocollo, inoltre, può essere usata in maniera indipendente, permettendo flessibilità e adattabilità alla specifica situazione presa in carico. I diversi ambiti considerati sono valutati in modo preciso e completo e sono i seguenti:

- **Motricità:** abilità motorie che coinvolgono i grandi gruppi muscolari o che inducono il movimento di tutto il corpo;
- **Motricità fine:** abilità motorie dei piccoli gruppi muscolari, mani e dita, coordinate dalla vista;
- **Motricità orale:** movimenti e coordinazione della muscolatura e delle strutture orali utilizzate per parlare, bere, mangiare;
- **Ambito sensoriale:** risposte individuali, tolleranza e integrazione dei diversi sensi;
- **Ambito percettivo/recettivo:** percezione uditiva, per determinare la consapevolezza, la percezione, la discriminazione e la risposta agli stimoli uditivi e linguistici;
- **Ambito espressivo/comunicativo:** capacità comunicative verbali e non verbali (gestualità, vocalizzazioni, verbalizzazioni), comunicazione relazionale e idiosincrasie verbali;
- **Ambito cognitivo:** processi mentali, decisionali, memoria a breve e lungo termine, competenze scolastiche;
- **Ambito emozionale:** stati emotivi, loro espressione e differenziazione, regolazione ed adeguatezza, consapevolezza e controllo nelle risposte;
- **Ambito sociale:** abilità nell'interazione e nella comunicazione con gli altri;

- **Musicalità:** risposte innate a vari stimoli musicali e abilità e desiderio a prenderne parte; questo dominio è intrinseco al profilo e deve quindi essere necessariamente incluso in ogni valutazione.

Per ciascuno dei domini elencati, il test si articola ulteriormente in un numero variabile di sottodomini di valutazione, dalle abilità fondamentali, progressivamente fino alle competenze via via più specifiche.

Per l'assegnazione del punteggio, l'IMTAP identifica quattro livelli di sviluppo per ciascun dominio, ai quali assegna un coefficiente. All'interno di ciascun ambito di sviluppo l'individuo viene valutato in base alla frequenza con la quale dimostra una determinata abilità:

- M – mai;
- R – raramente (sotto il 50%);
- BF – bassa frequenza (50-79%);
- AF – alta frequenza (80-100%).

I calcoli seguenti applicati al termine delle rilevazioni permettono di valutare in maniera accurata e creare dei profili individuali dei singoli soggetti che ne evidenzino le aree di forza, di difficoltà e una visione complessiva sul loro funzionamento in generale.

All'inizio del percorso si raccolgono delle informazioni generali che definiscano la storia, le attitudini, le caratteristiche del soggetto e le sue abitudini musicali; ciò permette di scegliere quali domini indagare. In relazione poi al livello di partenza delle abilità valutate, all'interno di ciascun dominio è possibile considerare solo alcuni sotto-domini, che come già descritto sono progressivi in specificità e difficoltà.

Per quanto riguarda i percorsi in esame, la somministrazione del protocollo, dopo alcuni incontri di conoscenza e osservazione delle dinamiche, è avvenuta generalmente in due momenti, uno iniziale e uno finale. È importante sottolineare che, secondo questo protocollo, la valutazione è individuale, ovvero i dati risultanti dalla somministrazione vanno organizzati e valutati solo all'interno del singolo percorso e non confrontati coi dati degli altri utenti. I punteggi finali, quindi, sono da leggersi e interpretarsi separatamente, in quanto descrivono l'andamento di ciascun soggetto nei vari domini scelti. Secondo lo stesso principio, l'importanza non viene data al dato numerico oggettivo, ovvero non è significativo in assoluto ottenere un punteggio alto, quanto valutare la tendenza del dato stesso lungo il percorso e la rispondenza o meno agli obiettivi prefissati. In questo modo si possono evidenziare per ciascun utente i punti di forza o le esigenze da accompagnare. L'andamento delle singole esperienze, nella maggior parte delle relazioni

conclusive, è stato reso chiaramente visibile attraverso la compilazione di grafici che delineano le diverse tendenze nei singoli domini di indagine.

Date le caratteristiche già descritte del protocollo e della sua applicazione nel tempo, come già osservato e motivato precedentemente non è possibile restituire confronti tra gli ambiti, né dati che rappresentino sommatorie o medie delle valutazioni svolte negli anni, in parte, data la sua evoluzione, per l'utilizzo talvolta parziale della procedura, quindi per la grande varietà nella scelta dei domini di valutazione e ancor più dei sottodomini, numerosissimi e molto specifici.

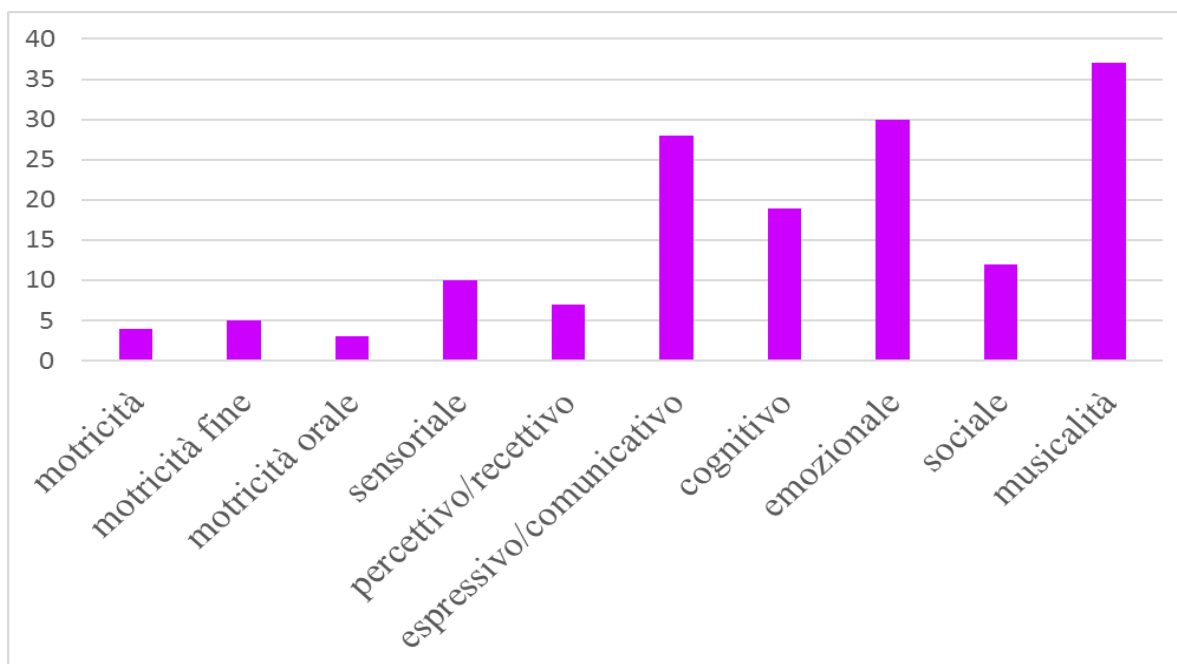
Si restituiranno tuttavia in questa sede i dati riguardanti la frequenza dei domini IMTAP indagati (parzialmente per annualità e complessivamente) e il dato, ritenuto più significativo, relativo ai domini maggiormente indagati nel corso degli anni, il quale permetterà qualche riflessione, suddividendo ancora una volta per area disabilità e area minori.

Consultando la tabella sarà possibile differenziare le informazioni per anno e area, oltre che leggere i totali delle somministrazioni per dominio.

	2011		2012		2013		2014		2015		2016		tot d	tot m
	disabili	minori	disabili	minori	disabili	minori	disabili	minori	disabili	minori	disabili	minori		
motricità	1	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	1
motricità fine	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	5	2
motricità orale	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
sensoriale	4	1	3	0	0	0	0	0	2	1	1	0	10	2
perceptivo/recettivo	0	0	4	0	0	0	0	0	1	0	2	0	7	0
espressivo/comunicativo	2	2	3	3	0	0	9	3	6	3	8	0	28	11
cognitivo	2	3	5	2	0	0	0	0	8	1	4	0	19	6
emozionale	2	9	4	5	0	0	9	3	7	2	8	3	30	22
sociale	2	8	5	6	0	0	0	0	3	3	2	3	12	20
musicalità	4	9	6	6	0	0	9	3	9	3	9	3	37	24

Per maggiore chiarezza, si aggiungono due ulteriori grafici, che rappresentano i dati totali e che evidenziano quindi immediatamente quali siano stati i domini di indagine maggiormente presi in considerazione.

Area disabilità

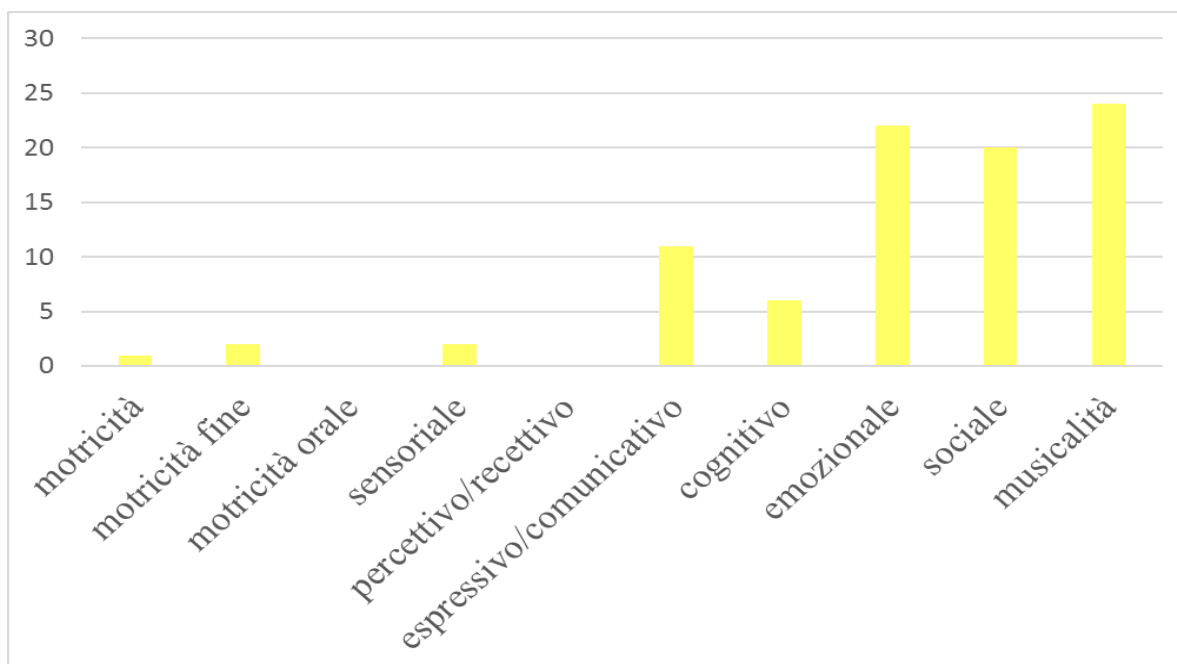


Il dominio che prevale è naturalmente quello della musicalità in quanto, come già esplicitato, intrinseco alla somministrazione.

In generale si riscontra che in maggiore o minore misura, tutti gli ambiti sono stati presi in considerazione. Questo è in relazione sia con la varietà dei soggetti incontrati in questo lungo periodo, delle loro diagnosi e dei conseguenti livelli di abilità.

Ciò che è immediatamente evidente, osservando il grafico, è come i domini risultati di maggior interesse nel corso delle svariate applicazioni, siano quelli riguardanti l'ambito espressivo/comunicativo e quello emozionale. Seguono poi l'ambito cognitivo, quello sociale e quello sensoriale, nonché gli altri ambiti con numero di valutazioni meno significative. Ha influenzato questo dato certamente la scelta, nel corso del tempo e come elemento di continuità, di continuare a concentrare l'attenzione e di farsi guidare nella pratica da obiettivi legati a queste importanti aree di benessere della persona. Attenzione condivisa con la struttura ospitante, che persegue per i propri ospiti, in maniera trasversale agli obiettivi specifici definiti per ciascuno, queste finalità.

Area minori



Ugualmente vale, anche per i minori, l'osservazione sull'ambito della musicalità.

Si conferma inoltre l'attenzione per l'ambito emozionale, che prevale nettamente ed è pari quasi a quello musicale, seguito immediatamente da quello sociale. Segnale che, per i minori con le caratteristiche descritte, l'importanza del lavoro in queste aree è imprescindibile. La musica diventa un canale importante di espressione di sé, un linguaggio alternativo anche per questi soggetti, spesso bloccati nell'esprimersi, con conseguenze immediate nella sfera relazionale. È infatti il successivo ambito maggiormente indagato quello espressivo/comunicativo.

Non essendo in presenza, per quest'area, di particolari difficoltà a livello cognitivo, motorio e sensoriale, gli altri ambiti sono presi in considerazione in minima parte, se non addirittura non considerati.

IL SETTING – La Stanza Snoezelen e la Musicoterapia

Non si riportano qui le riflessioni di volta in volta esplicitate nei progetti attivati sulla relazione tra Musicoterapia e ambiente Snoezelen. Fin dal progetto “pilota”, che ipotizzava il successo dell’implementazione del Protocollo Snoezelen con la pratica musicoterapica, via via nel corso degli anni, si è continuato lo sforzo di integrare le stimolazioni sensoriali presenti nell’ambiente con quelle sonoro-musicali offerte dall’attività musicoterapica, in diverse forme e attraverso differenti strumenti. Pur nella grande varietà delle proposte e con le già citata difficoltà nel confermare “numericamente”, quindi obiettivamente, i risultati, è possibile affermare che il connubio tra le diverse pratiche non è mai risultato penalizzante. Raramente si è ritenuto, in base ad esplicite richieste di alcuni soggetti, di limitare o escludere le stimolazioni della stanza, in alcuni casi l’apporto delle stimolazioni è stato definito come “neutro”, nel senso di non significativamente correlato ai risultati delle valutazioni musicoterapiche, più spesso facilitante e comunque sempre legato a dei risultati di rilassamento del tono muscolare, di svago, di benessere generale.

Un’importante specifica, più volte sottolineata dai diversi musicoterapisti che hanno partecipato alle ricerche, è quella che riguarda il valore aggiunto dell’essere, come musicoterapista, operatore direttamente coinvolto, soggetto egli stesso in formazione, in cambiamento, insieme alla persona alla quale si rivolge la sua azione, in un processo di scambio e crescita reciproca, dove il fondamento risiede proprio nella relazione, perno attorno al quale gravita il buon andamento dei percorsi. Una volta stabilita quella, ogni ulteriore strumento, se mediato in modo appropriato, potrà contribuire alle finalità specifiche stabilite, moltiplicando le possibilità di azione.

Una ulteriore riflessione, riguardante nello specifico i minori. Se nel lavoro con i soggetti disabili gli elementi della stanza hanno avuto valore proprio in virtù delle loro potenzialità di rilassamento e stimolazione sensoriale, coi minori sono stati più spesso utilizzati con funzionalità diverse. Le richieste dei ragazzi sono state in genere dinamiche, e difficilmente rispecchiabili dalla staticità degli elementi Snoezelen, che hanno sempre attirato direttamente la loro attenzione in fase iniziale, ma che sono stati poi accantonati in favore della relazione e di strumenti maggiormente dinamici appunto. Si è evidenziato quindi un effetto indiretto della stanza sui partecipanti. L’ambiente ha infatti contribuito ad aumentare il senso di esclusività del laboratorio individuale, favorendo il distacco dei ragazzi dalla loro quotidiana realtà, e rendendoli più liberi di esprimersi in un luogo “fuori dal tempo e dallo spazio”, un luogo confortante e sicuro in cui rilassarsi maggiormente e distaccarsi dalla realtà e dai pensieri che in essa risiedono. A questo effetto si è aggiunto poi, grazie agli spunti offerti dalle stimolazioni sensoriali, un incremento nella libertà espressiva e nella creatività, stimolando particolarmente la fantasia in alcuni che, in situazione di “normalità” avrebbero stentato ad esprimersi attraverso questo canale.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Dopo questo *excursus* lungo il periodo 2010-2016 che ha visto il bando evolversi e crescere, non resta che sintetizzare con qualche osservazione conclusiva.

Innanzitutto, dal punto di vista musicoterapico, il filo rosso che ha guidato il numeroso gruppo di allievi coinvolti di volta in volta come terapisti, fin dall'inizio è stato il mantenere ben chiari gli obiettivi fondamentali della Musicoterapia, che sono obiettivi legati al benessere e alla qualità della vita dei soggetti che si vanno ad incontrare. Tali obiettivi generali si sono poi snodati all'interno dei singoli percorsi, caratterizzandosi in finalità specifiche adattate alle singolarità incontrate e alle esigenze di sviluppo di ciascuna. Tutto ciò si è poi declinato in mezzi e strumenti diversi, sperimentati nelle singole annualità, costituendo il *focus* di ciascun progetto di ricerca.

Date le criticità precedentemente delineate relative alla questione metodologica del tipo di ricerca, non si può in generale stabilire con certezza oggettiva se i miglioramenti rilevati possano essere significativamente legati agli strumenti specifici costituenti il *focus* di ciascuna progettualità, o se piuttosto, come più certamente affermabile, siano legati alla pratica musicale più in generale. In genere però si è sempre rilevato, al termine dei percorsi, l'aumento del benessere, della partecipazione e delle possibilità espressive; ciò significa che l'opportunità posta in essere dal bando risponde in maniera efficace ai presupposti di partenza.

Si può affermare in sintesi che l'evoluzione del bando negli anni abbia impostato, mantenuto e migliorato, conferendovi continuità, i seguenti aspetti:

l'attenzione all'integrazione degli stimoli sensoriali presenti nella Stanza Snoezelen e le stimolazioni sonoro-musicali offerte dalla Musicoterapia, confermando via via la validità dell'approccio condiviso tra le due modalità. Si è osservato che è possibile continuare a migliorare questo aspetto, con la dovuta attenzione e flessibilità. Ogni nuovo progetto è partito dalle consapevolezza acquisite in questo senso dai precedenti gruppi di lavoro ed ha quindi potuto in maniera sempre più immediata sfruttare al meglio le possibilità di questo particolare *setting*, grazie alla progressiva familiarità con esso;

la disponibilità nella collaborazione tra le diverse figure professionali operative all'interno della UOC CERRIS-RSA Disabili Marzana con i musicoterapisti coinvolti e la condivisione sempre maggiore negli anni, aspetto da mantenere e continuare a migliorare;

l'attenzione all'aspetto della misurazione e della valutazione dei risultati, lo sforzo nella sperimentazione del miglior protocollo di osservazione;

l'evoluzione, quindi, verso la scelta di un unico strumento condiviso per la valutazione, nello specifico il Protocollo IMTAP, permettendo in questo modo di approfondirne la conoscenza

e di affinarne sempre più l'utilizzo; la progressiva consapevolezza dell'utilizzo dello strumento, data dalla maggior conoscenza e dall'attenzione a quanto sperimentato dai predecessori, ha come obiettivo anche quello di diminuire le criticità che riguardano l'ambito metodologico della valutazione;

le comunicazioni tra terapeuti, non solo all'interno di ciascun gruppo di lavoro ma anche di annualità precedenti, con la volontà di far tesoro di quanto già acquisito oltre che di dare, per quanto possibile, continuità ai percorsi già intrapresi, verificandone gli eventuali sviluppi e proseguendone le finalità.

È opportuno in questa sede sintetizzare anche quelli che possono essere considerati invece elementi di discontinuità, che riguardano prevalentemente l'aspetto metodologico della ricerca in senso stretto, in maniera da elaborare delle prospettive di miglioramento per il futuro.

Fatta salva l'assodata valutazione rispetto all'integrazione tra Snoezelen e Musicoterapia, data per assunta già dopo i primi anni, in seguito si è accolta l'esigenza di diversificare le ipotesi di ricerca. Il lavoro che di fatto viene condotto sul campo rimane quindi caratterizzato da due differenti livelli che ne influenzano l'azione e che dovrebbero essere conciliati nel migliore dei modi:

l'ipotesi di ricerca generale che di volta in volta si concentra su un ambito diverso o sull'utilizzo di supporti specifici;

i singoli percorsi con la loro individualità e gli andamenti relativi a obiettivi di sviluppo individualizzati.

L'andamento complessivo relativo all'intero periodo analizzato, sulla base delle specifiche già descritte precedentemente, si può facilmente intuire come i risultati dei 7 progetti siano confrontabili, per i seguenti motivi, riguardo alcune parti:

l'utilizzo, in seguito maggiormente omologato, di diverse schede di osservazione;

la condivisione degli obiettivi generali e il riconoscimento che l'integrazione di Musicoterapia e Stanza Snoezelen rappresenta uno strumento valido di potenziamento dei canali di comunicazione;

lo sforzo, all'interno dei singoli progetti, nell'incrociare le rilevazioni e renderle dati oggettivi, considerando le varie ipotesi di ricerca (primo livello), che sono generali, e gli specifici percorsi singoli, col loro andamento particolare (secondo livello).

Una ulteriore osservazione, per non trascurare nessun aspetto legato alla scientificità delle ricerche in generale, riguarda, unitamente al campione, la variabile temporale, ovvero la lunghezza in termini di durata del percorso e numero di sessioni. Nel nostro caso, anche questa caratteristica è legata alla strutturazione intrinseca della borsa di studio, che offre un monte ore sufficiente a

condurre, nella maggior parte dei casi, dei percorsi significativi, ma che, dal punto di vista della ricerca scientifica, risulta necessariamente come limitata.

Rappresenta motivo di pregio la volontà da parte degli enti coinvolti e l'impegno, dopo un periodo ormai lungo e proficuo di collaborazione, di fare il punto su quanto realizzato fino ad oggi, che è il compito di questo documento. Ciò permette di vedere il lavoro svolto sul lungo termine, in un'ottica più ampia e al di là delle discontinuità necessariamente presenti per la natura stessa della progettualità. Riflettere sulle criticità aiuta a migliorare ulteriormente le prassi consolidate; mettere luce sugli elementi di continuità significa valorizzare ciò che ha permesso il progresso dell'esperienza; infine, inserire elementi di novità dimostra l'attenzione ad arricchire e rendere sempre più significativo il lavoro condiviso.



MINISTERO DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA

ALTA FORMAZIONE ARTISTICA E MUSICALE



CONSERVATORIO STATALE DI MUSICA

EVARISTO FELICE DALL'ABACO

**Corso Sperimentale Biennale per il Conseguimento del Diploma Accademico
di Specializzazione in Musicoterapia**

“Corso Biennale per la Formazione di Operatori Musicali per il Benessere”

Premio Leonardo Palmieri 2016

“SUONO...COME VIBRAZIONE”

L'utilizzo del suono e della vibrazione in Stanza Snoezelen

come possibile strategia di sollievo al dolore "globale"

Relazione conclusiva

**Bertoneri Sara
Menini Priscilla
Simbeni Duccio
Spaderi Stefano**

INDICE

PRIMA PARTE

Premessa	pag. 4
Il progetto di ricerca	pag. 5
Fasi di realizzazione del progetto.....	pag. 6
Ipotesi di ricerca.....	pag. 7
Finalità generali.....	pag. 8
La stanza Snoezelen	pag. 9
La Musicoterapia Musico-Centrata	pag. 10
Gli strumenti di indagine	
Lo strumento di valutazione: il protocollo IMPTAP.....	pag. 11
Strumenti di osservazione e monitoraggio.....	pag. 12

SECONDA PARTE

Gli utenti	pag. 13
-------------------------	----------------

TERZA PARTE

Conclusioni	pag. 58
Appendice	
Elaborazione dati IMTAP.....	pag. 60
Riferimenti bibliografici	pag.

PRIMA PARTE

Premessa

Il progetto di ricerca “*Suono... come vibrazione. L'utilizzo del suono e della vibrazione in Stanza Snoezelen come possibile strategia di sollievo al dolore globale*” nasce con l'intento di sperimentare i benefici dell'intervento musicoterapico su utenti affetti da dolore di varia natura, all'interno dell'ambiente multisensoriale rappresentato dalla Stanza Snoezelen.

Il dolore viene qui definito come *globale*, inteso cioè come dolore che raccoglie al suo interno una sofferenza sia di tipo fisico che di tipo emotivo-psicologico. Infatti, unitamente ai sintomi di origine somatica e sensoriale, gli utenti manifestano in molti casi sintomi depressivi, ansiogeni o di rabbia che necessitano di essere osservati, valutati e contenuti per poter affrontare un intervento mirato ed efficace.

Il progetto di musicoterapia ha dunque focalizzato la sua attenzione su entrambe le forme di dolore presenti in ogni singolo utente, proprio in quanto strettamente interconnesse nel quadro di ogni specifica patologia. Attraverso il suono, la vibrazione e la musica, come ponti espressivi e di aggancio, si è cercato in primo luogo di generare stimoli positivi, situazioni di benessere e gratificazione, tesi ad una sintonizzazione con gli utenti, per poi tentare un intervento che ne modulasse o quantomeno ne attutisse il dolore cronico.

Alla base di tutto ciò, c'è la ferma convinzione che una relazione di aiuto, come quella musicoterapica, sia costruita ponendo l'utente al centro delle attività, al centro della relazione stessa, con i suoi bisogni e le sue peculiarità, rendendolo in tal modo partecipe di una ricerca condivisa con il musicoterapista, nella quale scoprire nuove possibilità di esplorazione di sé, di interazione e comunicazione con l'altro.

In linea con quanto già indagato negli interventi di ricerca delle precedenti edizioni, il progetto ha cercato di integrare gli elementi multisensoriali forniti dalla Stanza Snoezelen alla stimolazione musicale, con la consapevolezza che l'unione sinergica di queste due realtà possa contribuire alla

formazione e alla stabilizzazione di una *relazione empatica* con gli utenti e diventi un valido presupposto per future indagini e lavori di ricerca.

Il progetto di ricerca

Il progetto si è svolto in un arco di tempo di quasi tre mesi, a partire dagli inizi di settembre fino a metà

novembre 2016, per un totale di 210 ore complessive di attività frontale, all'interno del CERRIS, Centro Educativo Riabilitativo di Ricerca e Intervento, Ulss20 di Verona.

I musicoterapisti coinvolti nelle attività di ricerca sono stati: Sara Bertoneri, Priscilla Menini, Duccio Simbeni e Stefano Spaderi, studenti del “Corso di specializzazione in Musicoterapia – Operatori musicali per il benessere” del Conservatorio di Musica “Felice Dall’Abaco” di Verona.

Le attività sono state rivolte ad un gruppo di 12 utenti, di cui 9 con deficit fisico, intellettuale, cognitivo e 3 minori con disagio sociale. Nello specifico, gli utenti con disabilità provengono da diversi nuclei residenziali del centro; per quanto riguarda i minori, sempre residenziali, si tratta di due bambini ospiti del nucleo “Aquiloni” e un adolescente ospite del nucleo “Alveare”.

Gli incontri individuali hanno avuto la durata di un’ora circa per ciascun utente e sono stati svolti con cadenza bisettimanale. Il *setting* delle attività è stato quello della Stanza Snoezelen.

Nella tabella seguente sono riportati il numero di utenti seguiti da ogni musicoterapista, i relativi nuclei di appartenenza ed il numero totale degli incontri effettuati.

Musicoterapista	Numero utenti	Nuclei	Incontri per singolo utente
Sara Bertoneri	2	Pegaso-Arcobaleno	18
Priscilla Menini	3	Aliseo-Farfalla	18
Duccio Simbeni	2	Pegaso-Arcobaleno	18

Stefano Spaderi	5	Pegaso-Aliseo Aquiloni-Alveare	18
-----------------	---	-----------------------------------	----

Fasi di realizzazione del progetto

Il progetto si è sviluppato attraverso tre differenti fasi:

1) Incontri preliminari

I musicoterapisti hanno preso contatto con l'équipe del centro durante un primo incontro nel quale sono state esposte le caratteristiche e le finalità del progetto e sono stati visionati i singoli casi dell'utenza, per la successiva presa in carico.

In un secondo momento, ogni musicoterapista ha potuto visitare la Stanza Snoezelen e ha avuto modo di incontrare gli utenti, assegnati dall'équipe, grazie alle rispettive referenti dei loro nuclei di appartenenza, approfondendo in questo modo la conoscenza delle loro situazioni specifiche, delle loro abitudini e dei loro contesti di vita quotidiana.

2) Svolgimento della ricerca

I musicoterapisti hanno condotto gli incontri individuali a cadenza bisettimanale con gli utenti.

Durante lo svolgimento delle attività hanno rilevato i dati attraverso:

- la somministrazione di un protocollo con schede di valutazione iniziale (Protocollo IMPTAP 1), all'incirca dopo i primi quattro incontri;
- la compilazione di schede di osservazione;
- le annotazioni su diari personali;
- la somministrazione di un protocollo con schede di rivalutazione (Protocollo IMPTAP 2), verso la fine del percorso.

In alcuni casi, all'incirca verso la metà dello svolgimento, è stato possibile avere, laddove richiesto, un ulteriore incontro di monitoraggio e confronto con le referenti dei nuclei, per rilevare eventuali feed-back e osservazioni reciproche sull'andamento delle attività.

3) Fase conclusiva

Al termine dei percorsi individuali ogni musicoterapista ha rielaborato e analizzato i dati raccolti durante il percorso di ricerca per la stesura della relazione finale. Inoltre, laddove i musicoterapisti lo ritenessero necessario, è stato possibile chiedere un incontro con una musicoterapista esterna per supervisionare il lavoro svolto.

Ipotesi di ricerca

Per poter facilitare ed instaurare quella *relazione empatica* di cui si è accennato nella premessa, il progetto ha primariamente sondato le possibili modalità espressive di ogni singolo utente in relazione alla musica.

In ambito musicoterapico sono infatti diverse le stimolazioni attraverso le quali operare ed interagire durante il trattamento ma la scelta di una modalità non può essere aprioristicamente considerata efficace per tutta l'utenza a cui ci si rivolge, se non dopo una valutazione che, dalle finalità generali, possa con maggior aderenza portare al raggiungimento di obiettivi più specifici.

Le stimolazioni musicali, utilizzate in musicoterapia come mezzi espressivi ed esplorativi, sono generate dall'aspetto melodico-armonico, dall'aspetto ritmico-percussivo e dal movimento corporo-sonoro. In tutte e tre queste aree (voce-canto, strumenti e corpo) l'elemento base ricorrente, determinante e, al contempo, discriminante è la vibrazione, intesa sia come fenomeno elettro-acustico sia come corrente in grado di veicolare emozioni ed energia.

Già in ambito ermetico si attribuiva infatti capacità vibratoria anche ai pensieri, ritenuti in grado di creare delle strutture energetiche, o campi morfici, capaci di influire su quelle dimensioni della realtà con cui entrano in risonanza. Il ristabilimento della salute avviene, secondo tali teorie, nel reintegro di una vibrazione armonica tra le varie dimensioni, fisica, emotiva e mentale, che compongono la persona, servendosi di strumenti quali, per l'appunto, la musica.

Partendo da questi presupposti i musicoterapisti hanno cercato di rilevare nei singoli utenti, assegnati dall'équipe, quale delle diverse aree fosse più congeniale all'instaurarsi di un lavoro

condiviso e in quale modo le vibrazioni, ad esse collegate, potessero lenire o attutire il dolore.

In relazione alla diversa utenza, ogni musicoterapista ha così utilizzato una o più delle seguenti stimolazioni durante le attività proposte:

- voce nel canto (livello verbale) attraverso l'esecuzione di repertori musicali graditi o familiari per l'utente;
- voce nelle vocalizzazioni (livello non-verbale), laddove gli utenti avessero deficit di tipo comunicativo;
- accompagnamento e improvvisazione melodico-strumentale in caso di esecuzioni libere dell'utente, vocali e/o strumentali, o per favorirne il rilassamento corporeo;
- accompagnamento e improvvisazione ritmico-percussiva in caso di esecuzioni libere dell'utente, vocali e/o strumentali, o per sostenere e attivare le sue improvvisazioni.

Ricercando e stimolando la vibrazione interiore dell'utente attraverso le vibrazioni musicali adatte, il musicoterapista ha così agevolato ogni individuo nella ricerca di un'espressione libera e possibile al di là del deficit o della disabilità.

Finalità generali

In base alle indicazioni fornite inizialmente dall'équipe e dalle referenti dei nuclei di riferimento, il progetto si è orientato su alcune finalità generali condivise da tutto il gruppo di musicoterapisti.

Le finalità di seguito elencate sono dunque state individuate come premessa ad un ulteriore sviluppo di obiettivi più specifici, formulati solo in seguito ad un'attenta valutazione iniziale e in relazione a determinati ambiti/domini osservati e ai relativi sottodomini (protocollo IMTAP).

- Promuovere il benessere della persona
- Favorire il rilassamento
- Favorire la comunicazione e il controllo della propria emotività
- Rafforzare la fiducia in sé e nelle proprie capacità
- Ridurre le situazioni di ansia e stress

- Attenuare gli stati di dolore psicofisico e psicosomatico
- Creare e consolidare una relazione empatica

La Stanza Snoezelen

La Stanza Snoezelen è un ambiente multisensoriale nato per implementare e migliorare il benessere psicofisico della persona.

Questo ambiente è ricco di stimoli sensoriali quali il tubo bolle, video multicolori proiettati sulle pareti, lettino vibrazionale con impianto stereo, tappeto luminoso, luci stroboscopiche, tenda blu con lucine multicolore per delimitare ulteriormente la stanza in uno spazio più raccolto, fibre ottiche multicolore e pouff gigante per il rilassamento.

L'utilizzo della stanza è facilmente fruibile e può essere adattato a diverse situazioni. Di fondamentale importanza è la preparazione dell'ambiente che deve risultare accogliente e stimolante per l'attività svolta e per il raggiungimento degli obiettivi posti dal musicoterapista.

A seconda delle finalità specifiche rivolte ad ogni singolo utente, il musicoterapista è stato libero di organizzare l'attività all'interno della stanza nel modo più idoneo e funzionale possibile.

È basilare inoltre tener conto della spazialità, infatti deve essere possibile utilizzare lo spazio fisico sia per l'utente in carrozzina sia per poter permettere, ad utenti in grado di deambulare autonomamente, di sperimentare il proprio corpo in movimento.

Di fondamentale importanza è creare quindi un *setting* all'interno del quale si possano integrare gli stimoli musicali con emozioni positive e sensazioni di benessere psicofisico.

Le finalità della musica possono essere raggiunte così con maggiore completezza grazie agli stimoli multisensoriali presenti nell'ambiente Snoezelen.

Sono stati utilizzati strumenti musicali di diverso tipo e di grandezza variabile, presenti nella stanza, unitamente a quelli aggiunti da ogni singolo musicoterapista in relazione alla propria specifica utenza.

La Musicoterapia Musico-Centrata

“Essere coinvolti in esperienze musicali rafforza il nostro senso di identità sociale, e se avere un forte e differenziato senso di identità è legato ad una maggiore qualità di vita, ne segue allora che la musica contribuisce alla salute in generale”
Even Ruud

L’approccio utilizzato all’interno del progetto è stato quello della Musicoterapia Musico-Centrata.

Il pensiero musico-centrato conferisce alla musica o, per meglio dire, all’esperienza musicale un ruolo centrale e persegue l’obiettivo primario di far sperimentare esperienze ed espressioni tipiche e specifiche della musica, ponendo l’accento sugli aspetti creativi, espressivi, estetici e comunitari.

Le capacità correlate all’aspetto creativo possono essere stimolate attraverso l’ascolto, l’esecuzione musicale, l’improvvisazione o la composizione, attraverso delle canzoni o attraverso musica strumentale.

Per quanto riguarda l’espressività, la musica può essere connessa alle emozioni senza necessariamente avere un valore catartico di rilascio emozionale da parte dell’utente. Secondo la teoria musico-centrata infatti non vengono stimolati i sentimenti individuali ma piuttosto il sentimento in sé e per sé. La musica può essere quindi espressiva senza suscitare per forza ciò che esprime.

Le proprietà estetiche della musica invece, come la sua espressività, la sua bellezza, la sua semplicità e complessità o il ritmo, sono dei bisogni psicologici umani essenziali.

Infine per quanto riguarda l’aspetto comunitario, cioè il fare musica insieme, questo suscita nelle persone un senso di coinvolgimento che rafforza il proprio senso di identità sociale portando beneficio a chi vi partecipa.

La musica quindi diviene il fattore primario della terapia e serve come mezzo principale di stimolo o di risposta per il cambiamento dell’utente, che viene così coinvolto in quel processo generalmente definito *musicizing* (nell’accezione di “fare musica” in maniera compartecipativa).

Nella prospettiva musico-centrata dunque, la musica non è un mezzo per raggiungere un altro

scopo, come spesso teorizzato da molte discipline musicoterapiche, ma è piuttosto un mezzo per vivere esperienze musicali.

Il fatto di essere coinvolti in un'esperienza musicale significa essere coinvolti in processi personali e interpersonali, di crescita e di autoconsapevolezza. L'obiettivo generale è quello di evocare nei soggetti partecipanti abilità, capacità, funzioni latenti ed esperienze di se stessi.

L'aspetto clinico, che spesso viene concepito come un qualcosa di separato dall'aspetto musicale, qui coincide con l'esperienza musicale. Il modo in cui l'utente si manifesta e si esprime durante l'esperienza musicale corrisponde con il risultato clinico.

L'approccio musico-centrato è legato quindi al concetto di "musica come terapia" piuttosto che a quello di "musica nella terapia".

In questo contesto il musicoterapista, che spesso agisce come un facilitatore, sia nel processo di relazione sia nel *musicing*, è un musicista che lavora in contesti terapeutici al fine di portare benefici intrinseci alle esperienze musicali. La relazione tra musicoterapista e utente è un incontro che avviene su un piano di assoluta mutualità ed equità, transcendendo così le tradizionali barriere tra paziente e terapeuta, e permettendo spesso di instaurare relazioni dove normalmente risulterebbe impossibile o difficoltoso.

Gli strumenti di indagine

Lo strumento di valutazione: il protocollo IMTAP

Il progetto musicoterapico, per la valutazione dei singoli pazienti e, nello specifico, per la valutazione dei vari aspetti di ogni utente, si avvale principalmente del protocollo IMTAP (Individualized Music Therapy Assessment Profile). Tale strumento di indagine permette di avere una visione globale del soggetto osservato e, permettendo valutazioni a più livelli, di definire le singole aree sulle quali focalizzare l'attenzione.

Il protocollo IMTAP non indica particolari procedure da attuare, ma si offre come uno strumento di analisi lasciando ai musicoterapisti il loro personale repertorio di metodologie e attività per condurre le sessioni di valutazione.

Il modello è composto da dieci domini e da molteplici sottodomini relativi ad essi. Durante la prima fase di lavoro si compila un modulo di presa in carico, assieme alla figura di riferimento dell'utente,

che può dare informazioni sulla storia, sulle abitudini e sulle attitudini musicali. Questa prima fase è di fondamentale importanza nella scelta dei domini che si andranno a valutare e, conseguentemente, nello sviluppo di un programma individualizzato e mirato al raggiungimento degli obiettivi.

Il protocollo IMTAP è stato somministrato, in altre parole compilato, in due momenti distinti: in una fase iniziale, dopo il terzo o quarto incontro, e al termine del percorso musicoterapico. Il protocollo dispone di un modulo per la quantificazione numerica, che permette di estrapolare un numero per ogni dominio e sottodominio valutato, in modo tale da poter creare grafici che riassumano visivamente gli eventuali progressi compiuti dall'utente.

È importante sottolineare che i dati numerici dei diversi utenti non sono confrontabili, in quanto gli utenti non appartengono ad un gruppo omogeneo; ciò che conta è comparare il valore della prima somministrazione (S1) a quello della seconda (S2), limitatamente ad ogni paziente.

Strumenti di osservazione e monitoraggio

Importanti ausili per l'osservazione sono stati anche le schede osservative ed il diario giornaliero, sul quale ogni musicoterapista ha annotato impressioni e osservazioni al termine di ogni seduta.

Inoltre per alcuni utenti sono state effettuate registrazioni audio e video che si sono rivelate strumenti utili, sia ai fini dell'osservazione sia per la compilazione del protocollo IMTAP.

SECONDA PARTE

Gli utenti

Come precedentemente anticipato, gli utenti scelti dall'équipe del CERRIS sono stati suddivisi in due

gruppi:

- utenti con disabilità di varia natura e diversa gravità (9 soggetti);
- minori con disagio sociale (3 soggetti).

Le età dei soggetti sono differenti così come le disabilità ed i momenti di inserimento nella struttura. Alcuni di loro è soggetto a cure di tipo farmacologico indirizzate a specifiche condizioni fisiche o psichiche e partecipa, all'interno del CERRIS, ad interventi di vario tipo oltre alla musicoterapia quali idroterapia, sedute di fisioterapia, laboratori occupazionali e, quando possibile, attività di palestra e ippoterapia.

Di seguito si illustreranno i percorsi musicoterapici rivolti ai singoli utenti presi in carico da ogni musicoterapista e saranno indicati quei soggetti che in passato hanno già partecipato ad interventi dello stesso genere.

Verrà inizialmente fornita una breve descrizione dei casi e degli obiettivi definiti per ciascuno di essi e, successivamente, saranno descritte le attività svolte ed il loro andamento.

In appendice saranno riportati infine i grafici costruiti sui dati rilevati durante le valutazioni, effettuate per mezzo del protocollo IMPTAP.

Utente: MC. P. - Sesso: F - Età: 55 anni
Nucleo: Arcobaleno - Referente: Manuela Furi
Diagnosi: miopatia fibrillare

Musicoterapista: Sara Bertoneri

Numero incontri: 16

MC. è arrivata al CERRIS nel giugno del 2015 in seguito ad un ricovero improvviso nel quale le è stata diagnosticata una miopatia fibrillare. L'insorgenza della malattia ha comportato un brusco cambiamento nelle sue abitudini di vita poiché MC. è da allora quasi completamente paralizzata e le è stata praticata una tracheotomia translaringea che non le consente di parlare e di nutrirsi autonomamente. Riesce a compiere movimenti limitati e incerti solamente con le mani mentre, fino a diversi mesi fa, riusciva anche a muovere parzialmente le braccia.

Il rapido progredire della sua malattia comporta dunque cambiamenti frequenti e con forti ricadute non solo sull'aspetto fisico ma anche su quello emotivo e psicologico. Quest'ultimo aspetto viene sottolineato e presentato dall'équipe e dalla referente come un punto sul quale concentrare sistematicamente gli interventi, con lo scopo di ridurre i momenti di scarsa autostima e di sofferenza.

MC. è infatti presente cognitivamente e perfettamente lucida, ciò le causa reazioni di rabbia e momenti di depressione, accompagnati da crisi di pianto e rifiuto nei confronti della sua situazione e dell'ambiente circostante.

Nonostante le sue autonomie siano così ridotte, la paziente comunica i suoi bisogni e le sue intenzioni attraverso l'uso del labiale ed è propensa ad intrattenere rapporti con operatori e parenti in grado di umanizzare e rendere familiare il luogo in cui è costretta a vivere a causa della sua patologia.

MC. ha già effettuato un percorso di musicoterapia nel corso del 2015, poco dopo essere arrivata nella struttura; la referente del reparto riporta un buon riscontro dalla precedente attività sull'utente e sul suo vissuto rispetto anche ad altre attività in grado di distrarre e al contempo attivare

positivamente MC.

Grazie al confronto con la referente e la precedente musicoterapista è stato possibile rilevare elementi e dati utili al fine di creare un collegamento e una continuità, sia di intenti e finalità che di esperienze condivisibili, all'interno del nuovo percorso intrapreso con MC. In particolare si è voluto riprendere alcune attività svolte in precedenza, sondate ma non del tutto approfondite, per le quali si era notata una predisposizione e dalle quali era possibile creare ulteriori momenti di benessere e creatività per l'utente.

Durante il percorso MC ha dimostrato di voler partecipare in modo continuativo e propositivo, manifestando altresì l'intenzione di condividere il suo vissuto emotivo e la sua storia con la musicoterapista.

Osservazione e valutazione

I primi incontri sono stati indirizzati all'osservazione delle possibilità motorie, dei gusti e delle inclinazioni musicali di MC. Come precedentemente accennato, MC. può utilizzare solo le mani, essendo quasi completamente paralizzata sulla sedia a rotelle, quindi sono state escluse le attività finalizzate all'osservazione della motricità, sia grossolana che fine, mentre si è indagato su quali fossero gli strumenti più adatti per lei, con i quali cioè potesse eseguire anche solo un semplice accompagnamento ritmico-percussivo. In questa prima fase la musicoterapista ha presentato e proposto a MC. lo strumentario presente nella Stanza Snoezelen e quello appositamente portato per gli incontri; sono stati sperimentati prevalentemente piccoli strumenti percussivi quali oveti, maracas, piccoli cembali, shaker, nacchere, legnetti, tamburello con battente ed un bohdrán.

Dal punto di vista dei repertori MC. mostra di avere preferenze chiare e ben definite tanto da riferire con esattezza le canzoni più ascoltate ed amate. I cantautori di suo interesse appartengono alla musica italiana degli anni Ottanta: Gianna Nannini, Edoardo Bennato ed in particolare Vasco Rossi. MC. mostra un forte coinvolgimento parlando di questi cantanti perché le ricordano i momenti vissuti insieme al marito, appassionato di musica e disc jockey, scomparso poco prima della scoperta della sua malattia.

La musicoterapista ha quindi cercato di agganciarsi all'utente, ai suoi ricordi positivi e alle sue emozioni costruendo via via un repertorio *ad hoc* da inserire all'interno di un cd e da proporre a MC. come esecuzione ed esperienza condivisa.

Sempre in questa prima fase si è inoltre cercato di ritrovare un collegamento con l'attività svolta durante il precedente percorso di musicoterapia. L'utente ha infatti parlato di un glockenspiel, donatole dalla musicoterapista, con il quale aveva cominciato a suonare piccole parti di brani e canzoncine popolari; per questo motivo, oltre a voler creare un *continuum* con quanto già esplorato, dopo i primi incontri, la musicoterapista ha deciso di includere tra gli strumenti anche il glockenspiel.

In questa fase gli ambiti osservati e valutati sono stati i seguenti:

- ambito percettivo/recettivo;
- ambito espressivo/comunicativo;
- ambito cognitivo;
- ambito emozionale;
- musicalità.

Obiettivi specifici

Rispetto all'aspetto emotivo e psicologico si sono posti i seguenti obiettivi:

- aumentare il livello di autostima;
- stabilire una relazione di fiducia e positività in cui MC. potesse esprimersi.

Per il raggiungimento degli obiettivi sopra elencati ci si sono posti altri due obiettivi in relazione all'esperienza musicale vera e propria:

- esplorare piccoli strumenti percussivi ed utilizzarli per accompagnare la musica;
- utilizzare il glockenspiel per suonare semplici melodie o piccoli pezzi di suo gradimento.

Avendo affrontato precedentemente un percorso di musicoterapia MC. conosce già la stanza Snoezelen nella quale a volte si sente a poco agio per via della scarsa illuminazione: si decide così di assecondare la

sua richiesta di non utilizzare l'illuminazione artificiale o le proiezioni di immagini alle pareti ma di alzare le tapparelle per avere un'illuminazione naturale ed evitare l'insorgere di sensazioni di ansia. Le stimolazioni preferite da MC. all'interno della stanza sono quelle fornite dal tubo bolle e dai fasci di fibre ottiche.

Prima del suo arrivo il *setting* viene sempre allestito dalla musicoterapista per lasciar spazio al centro della stanza e poter posizionare agevolmente la carrozzina mentre gli strumenti, scelti in fase di valutazione, sono predisposti su un tavolino.

La prima attività proposta e accettata di buon grado da MC. è quella di scegliere diversi brani dei suoi cantautori preferiti da poter eseguire insieme: la musicoterapista canta accompagnandosi con la chitarra mentre MC. mantiene un ritmo semplice e costante dato dalle pulsazioni principali.

I brani selezionati sono: *Fotoromanza*, *Bello e impossibile* della Nannini e *C'è chi dice no* e *Vita spericolata* di Vasco. MC. suona su un tamburello, posizionatole sulle gambe per poter essere agevolmente percosso per mezzo di un battente, o con altre piccole percussioni quali legnetti o sonagli. L'attivazione maggiore viene data però dal ritmo eseguito su un bodhrán in quanto la dimensione di questo tamburo a cornice può generare suoni più intensi e vibranti rispetto ai normali tamburi e MC. dimostra di apprezzare gli accompagnamenti basati su cambi dinamici e con carattere energico, propri del genere rock.

La musicoterapista indica a MC. la pulsazione del brano per mezzo del battito delle mani o dei legnetti e attende che MC. riproponga la sequenza, l'esecuzione avviene in modo alternato, secondo la tecnica dell'imitare, in seguito, una volta consolidato il ritmo attraverso un momento di sincronia fra le due, la musicoterapista lascia che sia MC. a mantenere il ritmo e comincia a cantare il brano accompagnandosi con la chitarra. L'esecuzione condivisa in alcuni incontri prevede anche l'uso di un cd con una selezione di brani, oltre a quelli indicati, sui quali la musicoterapista si unisce all'accompagnamento ritmico- percussivo di MC. amplificandolo con l'uso di altri strumenti quali una darbuka, un piatto sospeso o un grande tamburo posizionato a terra. L'intento è quello di far percepire più intensamente le vibrazioni e coinvolgere ancora più attivamente l'utente.

Nonostante MC. accetti di provare quasi sempre gli strumenti proposti per l'accompagnamento, in un secondo momento del percorso manifesta il desiderio di poter utilizzare il glockenspiel che le è stato regalato e che conserva nella sua stanza. La musicoterapista accetta di inglobare l'uso di questo strumento

nel *setting* poiché per l'utente sembra essere una sorta di strumento di raccordo con quanto sperimentato in precedenza e potrebbe valere da strumento integratore durante il nuovo percorso. Se durante i momenti di accompagnamento ritmico e di sperimentazione MC. si dimostra serena e ben predisposta, con l'introduzione di questo strumento manifesta talvolta delle insicurezze e un senso di inadeguatezza che andrà scomparendo molto lentamente, solo verso la fine degli incontri, grazie al raggiungimento di piccoli obiettivi musicali e conseguenti gratificazioni da parte della musicoterapista. Va ricordato che MC. non ammette senso di commiserazione dagli altri ed essendo cognitivamente presente accetta di essere gratificata solo quando ce n'è motivo; è utile quindi un atteggiamento rassicurante e accogliente ma non troppo compassionevole nei suoi riguardi.

Le attività con il glockenspiel sono svolte in modo graduale a partire da circa metà percorso.

La musicoterapista introduce il concetto di notazione attraverso i colori, applicando sulle singole piastre del glockenspiel un colore per nota; MC. è motivata, nonostante la sua scarsa autostima, ed esprime volontà nel voler imparare. In un primo momento la musicoterapista propone l'esecuzione di piccoli brani popolari per mezzo di questa notazione non-convenzionale (nota-colore) quali: *Fra' Martino*, *Giro tondo*, *Piva Piva*, *Twinkle twinkle little star*, *Jingle bells*. Tutte le partiture dei brani sono raccolte in un quaderno che la musicoterapista lascia all'utente, dandole la possibilità di esercitarsi ed eseguirli anche in altri momenti della giornata oltre agli incontri di musicoterapia. La musicoterapista esegue il brano sullo strumento che viene poggiato su un tavolino portatile posto sulle gambe di MC. e subito dopo lei lo ripropone seguendo la partitura. Nel corso degli incontri i brani vengono provati più volte e la musicoterapista suona insieme a MC. utilizzando un altro glockenspiel o introducendo l'accompagnamento della chitarra e della voce.

Durante questa fase MC. acquisisce un maggior controllo del battente mentre suona e manifesta un incremento sia di interesse che di entusiasmo verso le attività tanto da farsi trovare con il suo glockenspiel ed il suo quaderno già pronti nel momento in cui incontra la musicoterapista, prima di scendere dal reparto in Stanza Snoezelen. Sono ridotte anche le sue richieste di fermarsi durante il tragitto per bere un caffè alle macchinette, rendendosi conto di portar via del tempo alla durata delle attività.

La musicoterapista propone, verso la fine del percorso, di suonare per mezzo del glockenspiel alcune parti di una canzone molto amata da MC.: *Albachiara*. Viene trascritta la parte della prima strofa e del ritornello,

con notazione e relativo testo, poi viene studiata insieme ed eseguita unendo la parte del glockenspiel di MC. all'accompagnamento con la chitarra della musicoterapista.

Di notevole importanza risulta l'aspetto espressivo dell'utente: rispetto alla prima fase del percorso in quella successiva MC. ha aumentato i momenti di sincronizzazione con la musicoterapista, non solo nell'esecuzione sul glockenspiel ma anche nella parti cantate. Infatti, nonostante non possa più emettere alcun suono, MC. canta, attraverso il labiale, il testo facendo emergere un forte coinvolgimento e guardando la musicoterapista per trovare un rimando, una amplificazione alla sua voce ormai "muta".

In questo ultimo periodo delle attività MC. trova, paradossalmente attraverso il canto, il modo di convivere con la musicoterapista e far emergere le sue emozioni raccontando alcuni episodi e momenti di vita.

Negli ultimi due incontri MC. non è presente a causa di un ricovero d'urgenza presso l'Ospedale di Borgo Trento per problemi respiratori. Non è dunque possibile chiudere del tutto il percorso così come auspicato dalla musicoterapista e da MC. stessa.

Nonostante ciò, nel corso degli interventi MC. ha mostrato maggior sicurezza in se stessa ed in relazione all'altro, limitando considerevolmente espressioni ed atteggiamenti di chiusura e di scarsa autostima.

Utente: - Sesso: M - Età: 45 anni

Nucleo: Pegaso - Referente: Giorgia Gironi

Diagnosi: cerebropatia neonatale con grave oligofrenia e sindrome psicotica

Musicoterapista: Sara Bertoneri

Numero incontri: 18

G. viene presentato come una persona con un alto livello di ansia dovuto alla sua situazione patologica e familiare. Dopo la perdita della madre è stato inserito nella struttura e trascorre soltanto la domenica a casa col padre e la nuova compagna. Ciò provoca in G. un forte senso di abbandono e di vera e propria ossessione nei confronti della figura paterna tanto da causare abbattimento e aumento delle stereotipie, soprattutto nei primi giorni della settimana. Nonostante ciò G. ha acquisito una certa stabilità grazie alle abitudini e ai ritmi scanditi all'interno del centro e si mostra

ben propenso alle attività musicali.

Frequenta assiduamente e con entusiasmo le prove del coro che si tengono il lunedì e, come riportato dalla referente del nucleo, questo contribuisce ad alleviare la sua sofferenza psicologica ed emotiva. Proprio per questo motivo è stato selezionato per partecipare al percorso di musicoterapia.

Osservazione e valutazione

Dal punto di vista motorio G. presenta alcune difficoltà nel deambulare. Manifesta incertezza o, al contrario, precipitosità durante il tragitto per raggiungere la stanza Snoezelen ed è spesso necessario dargli la mano per farlo camminare in sicurezza, questo gesto inoltre serve a G. per instaurare con l'altro un senso di familiarità e fiducia. G. cerca di evitare i percorsi lunghi prendendo l'ascensore ma è importante che compia con regolarità il tragitto per consolidare le abitudini acquisite dal momento del suo inserimento in struttura.

Durante il tragitto G. chiede spesso del padre e di quando sarà possibile rivederlo, soprattutto in momenti di particolare ansia; in questi casi è necessario contenere i suoi pensieri ossessivi cercando di spostare l'attenzione sull'attività che si andrà a svolgere.

Anche l'aspetto comunicativo è compromesso ciononostante è in grado di esprimersi e farsi comprendere per mezzo di un linguaggio semplice e ripetitivo.

Il suo comportamento verso le attività di musicoterapia è stato fin da subito positivo: ha sempre atteso e accolto la musicoterapista con manifestazioni di entusiasmo ed interesse. Non ha mai seguito un intervento musicoterapico in precedenza e non conosce quindi la Stanza Snoezelen.

Nella fase di valutazione l'attenzione del lavoro musicoterapico è stata indirizzata ai seguenti ambiti:

- ambito percettivo/recettivo;
- ambito espressivo/comunicativo;
- ambito cognitivo;
- ambito emozionale;
- musicalità.

Obiettivi specifici

Per migliorare lo stato psicologico di G. gli obiettivi specifici del percorso musicoterapico sono stati:

- contenere il livello di ansia;
- aumentare i tempi di attenzione e di attività;

mentre, dal punto di vista prettamente musicale, si è cercato di perseguire i seguenti obiettivi:

- aumentare il livello qualitativo delle produzioni vocali e la loro durata;
- rendere costante e regolare l'andamento ritmico;
- saper modulare l'intensità della produzioni vocali e ritmiche;
- riconoscere ed utilizzare alcuni strumenti appositamente selezionati.

G. manifesta fin da subito un buon rapporto con la musica. Gli piace molto cantare e conosce moltissime canzoni del repertorio italiano, dalle canzoni popolari ai cantautori degli anni '60; è sempre molto entusiasta nel partecipare alle prove del coro del CERRIS, dove lo scorso anno è stato premiato come miglior cantante. È molto intonato ma presenta alcune difficoltà rispetto al senso del ritmo, soprattutto quando le attività spostano il loro focus sull'accompagnamento strumentale.

L'ambiente Snoezelen per G. rappresenta un luogo di raccoglimento e familiarità, appena incontra la musicoterapista le chiede *"Adesso andiamo giù?"* manifestando di aver identificato il luogo con un luogo per far musica e poter sperimentare nuove attività tutte per sé. Le stimolazioni che più lo attirano sono date dalle lucine presenti sulla tenda blu che delimita ulteriormente la stanza in un ambiente più raccolto dove la musicoterapista e G. si siedono, attorno ad un tavolino e agli strumenti preparati per suonare.

La musicoterapista introduce fin dal primo incontro una melodia cantata e accompagnata dalla chitarra, una canzone di benvenuto, senza delinearne completamente il testo; solo dopo tre o quattro incontri il testo viene ideato e la canzone sarà un elemento costante di apertura per G.

La musica e le parole sono molto semplici e permettono l'inserimento di G. nei punti in cui vengono presentati i nomi:

Benvenuto G., benvenuto G.,

siamo qui per cantare,

siamo qui per suonare!

Benvenuta Sara, benvenuta Sara,

siamo qui per cantare,

siamo qui per suonare!

Benvenuti a noi, benvenuti a noi!

Dopo una prima indagine per sondare i gusti e le canzoni preferite da G., fra quelle cantate con il coro e quelle proposte dalla musicoterapista, vengono successivamente scelti i brani da inserire nel repertorio da eseguire durante il percorso e sul quale diversificare i tipi di attività.

Le canzoni selezionate sono le seguenti: *Amor dammi quel fazzolettino, Azzurro, La bella Gigogin, Le stelletto, Piemontesina, Quella carezza della sera, Reginella campagnola e Sul cappello.*

G. canta quasi completamente il testo di tutte queste canzoni ma dimentica alcune parole delle strofe per cui, inizialmente, si è cercato di lavorare sulla memorizzazione e sull'espressività del canto.

Gli incontri di questa prima fase hanno visto le attività suddivise principalmente in due momenti: una prima parte incentrata sulle canzoni da cantare e perfezionare insieme e una seconda parte più improvvisativa, dedicata alla scoperta e all'utilizzo di vari strumenti presenti in Stanza Snoezelen o portati dalla musicoterapista.

Gli strumenti sono presentati, descritti, suonati dalla musicoterapista ed infine fatti esplorare da G. stesso che sperimenta così forma, suono e vibrazioni emesse da ciascuno di essi. Gli strumenti che più attirano la sua attenzione sono: il piatto sospeso, il wind chimes, il bodhrán, le maracas e gli ovetti. Solo sporadicamente si avvicina alla chitarra per provare a sfregarne le corde col plettro o con le dita ma la modulazione dell'intensità del gesto richiede uno sforzo talmente eccessivo che G. sposta la sua attenzione sugli altri strumenti pur continuando ad essere attratto dal suono della chitarra.

Circa a metà del percorso la musicoterapista richiede un incontro di condivisione con la referente del nucleo, per valutare l'andamento in relazione agli obiettivi iniziali. Il riscontro è positivo e si osserva che sono diminuite le domande reiterate e ossessive sul padre ed alcune stereotipie iniziali quali la fissazione dello sguardo verso la porta o l'estraniamento messo in atto da G. in alcuni momenti delle attività. G. è molto coinvolto durante le attività e spesso esprime questa sua soddisfazione cantando le canzoni utilizzate nel corso dei vari incontri anche durante e dopo il tragitto di ritorno al nucleo.

Nella seconda parte del percorso si prova ad introdurre il concetto di scelta e di turnazione. Viene cioè richiesto a G. di scegliere, senza più alcuna indicazione, lo strumento che preferisce e di inserirsi in determinati punti della canzone, solitamente quando la musicoterapista interrompe l'accompagnamento con la chitarra.

Una situazione significativa si realizza negli ultimi incontri quando la musicoterapista nota che gli inserimenti non hanno quasi più bisogno del segnale di stop dato dall'interruzione della sua produzione sulla chitarra: G. avverte ormai in tempo, e senza alcun input, quando battere col battente il piatto sospeso o il wind chimes.

L'aspetto vibrazionale qui inserito nel percorso per mezzo dell'uso delle percussioni nell'accompagnamento e del canto, in alternanza o in sincronia con la musicoterapista, ha prodotto un allungamento dei tempi di attenzione e di concentrazione di G. oltre ad un rilassamento verso la fine delle attività.

Utente: F. G. - Sesso: M - Età: 27 anni

Nucleo: Aliseo - Referente: Sonia Casarotto

Musicoterapista: Priscilla Menini

Diagnosi: ritardo psicomotorio da sofferenza feto-natale, cecità

Numero di incontri: 16

Osservazione e valutazione

F. è un ragazzo non vedente a cui piace molto la musica.

E' infatti parte attiva all'interno del coro del CERRIS.

Possiede difficoltà linguistiche che riguardano sia l'aspetto della pronuncia sia l'aspetto della comprensione delle parole.

Ripete e ricorda precisamente gli orari e i giorni in cui partecipa alle sue attività, quando si reca in chiesa e quando partecipa alle gite con i suoi compagni del nucleo Aliseo.

E' infatti molto importante mantenere invariato il giorno e l'orario dell'incontro di musicoterapia per evitare crisi ossessive.

Una raccomandazione fatta dagli operatori è proprio quella di evitare determinati vocaboli, frasi o argomenti in grado di scatenare in lui delle crisi ossessive.

A livello motorio, rispetto ai primi tempi in cui è stato ospitato al CERRIS, la sua deambulazione è andata via via peggiorando.

Una delle conseguenze che incide negativamente sulla sua persona, causata dall'aggravarsi delle condizioni di movimento, è il dolore acuto a gambe e schiena che spesso lamenta.

Per F. è importante iniziare e concludere ciascuna seduta di musicoterapia nello stesso *modus operandi* poiché gli sembra altrimenti che la sua routine musicoterapica risulti incompleta con il rischio che il suo equilibrio psicologico si incrina.

In fase di valutazione si sono analizzate le aree dell'emozione, della musicalità e della comunicazione.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici fissati a tal proposito per F. sono proprio quelli di migliorare il suo stato psicologico di benessere, cercare di ridurre le ossessioni e la rigidità nei riguardi dei cambiamenti, problematica insorta da qualche mese dopo un cambio di educatore all'interno dell'istituto CERRIS.

Un altro obiettivo specifico posto è quello di acquisire una maggiore padronanza di articolazione e dizione dei vocaboli.

Viene riportato alla musicoterapista di non utilizzare alcuni vocaboli specifici o argomenti che possano aggravare la situazione ossessiva-compulsiva.

Queste ossessioni portano F. in uno stato di sofferenza psicologica non indifferente.

Si è riusciti a mettere da parte le ossessioni, giorno per giorno, per un tempo sempre più lungo durante l'attività musicoterapica finalizzata a tenere in uno stato di *up* la sua concentrazione.

Come riportato dagli operatori, per F., il momento di musicoterapia è uno dei suoi preferiti, durante il quale riesce a distrarsi e a canalizzare la sua attenzione altrove, sulla musica e non sulle sue ossessioni.

L'incontro di musicoterapia apre il sipario con una canzone del saluto improvvisata al **guitalele** dalla musicoterapista e creata ad hoc per F. in RE Maggiore all'insegna di iniziare la seduta in un tono allegro e vivace.

Si conclude utilizzando la medesima tonalità di inizio seduta con una canzone del saluto per darsi appuntamento all'incontro successivo.

Nel cuore della seduta prendono poi vita le differenti attività musicali.

Dopo un'attenta osservazione di F., delle sue preferenze musicali e strumentali, la musicoterapista interagisce con l'utente attraverso il battito di mani, un movimento base nella tecnica della **body percussion**.

La body percussion e successivamente la **voce** sono i canali principali utilizzati per favorire il rapporto di empatia utente-musicoterapista.

Molto efficace con F. risulta essere il dialogo ritmico mediante sola body percussion.

Infatti uno dei suoi punti di forza è proprio il ritmo.

Di conseguenza gli sono stati proposti diversi strumenti a percussione quali il tamburo, il darbuka, i piatti e il piatto sospeso, in modo tale da essere libero di poter sperimentarsi, ma la percussione delle proprie mani risulta essere la sua preferita.

Nascono veri e propri dialoghi ritmici a partire da sequenze standard da lui proposte, con l'obiettivo di instaurare una "domanda/risposta" con la musicoterapista.

E' quindi su questo che la musicoterapista si è soffermata nel suo lavoro, nella **vibrazione** prodotta dal canto e dalla percussione delle mani.

Successivamente ciascuna canzone scelta viene infatti cantata e sostenuta ritmicamente dal battito delle mani di F. e armonicamente dal guitalele suonato dalla musicoterapista.

Sono utilizzate principalmente le canzoni: Marina, Sul Cappello, Quel mazzolin di fiori e Bella ciao.

Prendendo in esame queste canzoni viene svolto un lavoro sulla dizione ed articolazione delle singole parole della melodia cantata e sulla gestione della dinamica della sua voce.

F. infatti tende ad incrementare il volume della sua voce man mano che canta fino a gridare.

Inoltre con il passare del tempo la musicoterapista decide di inserire un nuovo brano con lo scopo di far acquisire a F. la capacità di gestire il volume della voce anche durante gli acuti: "O sole mio".

Questo brano è stato dapprima ascoltato numerose volte tramite l'ausilio sia di un lettore mp3 sia suonato dal vivo con tastiera e infine cantato su una base a mò di karaoke.

Si è cercato di gestire la voce nel migliore dei modi al fine ultimo di canalizzare la concentrazione in un solo aspetto specifico.

F. al termine di ogni attività risponde con sonore e fragorose risate, sorrisi, battiti delle mani e dichiarazioni di affetto nei confronti della musicoterapista.

Sono chiari segnali di approvazione dell'attività svolta e di gioia, confermata poi dagli operatori.

L'incontro prosegue con improvvisazioni ritmiche con **darbuka** da parte della musicoterapista.

F. batte le mani per interagire ma non sempre riesce a mantenere il tempo prefissato, piuttosto tende a voler prevaricare aggiungendo anche vocalizzazioni di volume molto alto.

Con il trascorrere del tempo viene testata la sua capacità di tollerare cambi di tempo con nuove e miste proposte ritmiche in modo da arginare un po' alla volta la routine dell'attività musicale e favorire così la limitazione delle ossessioni.

F. impara ad ascoltare con attenzione, concentrandosi ed adattandosi al tempo della musicoterapista focalizzando la sua attenzione su questo e non più sul vocalizzo libero gridato.

Ascoltare il ritmo prodotto dal proprio corpo, dalle proprie mani in questo caso specifico, permette infatti di vivere e sentire il propagarsi delle vibrazioni all'interno del proprio corpo.

Questo conferisce a F. una certa tranquillità, sicurezza e padronanza di sé.

Nei diversi incontri, per proseguire con coerenza sul filo conduttore della tematica della vibrazione, a F. viene proposto il lettino vibrazionale, integrato nel setting della Stanza Snoezelen e messo in funzione con sole vibrazioni poiché il supporto uditivo è prodotto dal vivo dalla musicoterapista.

E' per lui piacevole e rilassante ma per un breve lasso di tempo poiché le sue condizioni fisiche gli impediscono di poterci rimanere a lungo in quanto sia i dolori alla schiena sia quelli alle gambe iniziano a comparire.

La vibrazione che scorre nel corpo dell'utente è stata messa in atto anche mediante la scoperta delle **campane tibetane**.

Il suono e la sensazione prodotta da questi strumenti ha fatto sì che F. rilassasse la propria muscolatura e si distendesse più a lungo sul lettino in modo da mantenere il suo corpo in ascolto.

Si effettua in tal modo un vero e proprio massaggio dell'interno del corpo grazie a queste vibrazioni che riescono a penetrare e modificare positivamente l'equilibrio intracellulare conferendo quindi un bilanciamento sia fisico sia psicologico dell'utente.

Il momento del silenzio attivo e quindi dell'ascolto sono importanti per la comprensione di ciò che accade dentro al corpo.

Al termine di un'attività rilassante e di miglioramento del proprio benessere inizia subito dopo un'attività attivante dal punto di vista cerebrale, vocale e ritmico.

Si notano successivamente significativi miglioramenti sia dal punto di vista del rilassamento e quindi del benessere, sia della concentrazione e della fonetica.

Il percorso svolto con F. è in crescita fino alla comparsa di una nuova ossessione che lo debilita psicologicamente: "Dov'è il tavolo?"

F. lamenta la presenza di un tavolo all'interno del Centro che gli crea un enorme disagio.

Attraversa un periodo di difficoltà, una fase ossessiva che si riflette sia sulle normali occupazioni all'interno del CERRIS sia sul percorso di musicoterapia.

Diventa più difficile interagire con F. perché si trova in uno stato di agitazione e ansia.

Riesce a calmarsi con la musica poiché quest'ultima cattura la sua attenzione ed è in grado di emarginare momentaneamente l'ossessione relativa al tavolo.

Durante la settimana le ossessioni chiaramente sono costantemente presenti e F. viene così ricoverato nel reparto di psichiatria dove gli viene somministrato il TSO.

Gli incontri effettuati con F. sono stati 16 e non 18 a causa del ricovero d'urgenza.

Ha concluso comunque il suo percorso di musicoterapia con un ultimo incontro in modo da poter salutare la musicoterapista, da poter vivere insieme in totale serenità il benessere prodotto dalla musica, la tranquillità data dall'interazione umana, il suono della sua voce e il battito delle sue mani.

La Stanza Snoezelen per F. risulta essere un ambiente legato esclusivamente all'attività musicale e non tanto alla sperimentazione di ulteriori stimolazioni poiché per lui fare musica significa cantare e battere a tempo le mani.

L'utente considera comunque questo preciso *setting* il luogo dove poter fare musica in assoluta libertà senza limiti se non quelli posti durante le attività musicali.

Utente: R.M. - Sesso: F - Età: 41 anni

Nucleo: Aliseo - Referente: Sonia Casarotto

MUSicoetrapista: Priscilla Menini

Diagnosi: grave psicosi dissociativa con crisi di auto ed eteroaggressività in oligofrenia, obesità

Numero di incontri: 18

Osservazione e valutazione

R. è una donna con ritardo mentale che non parla molto e se lo fa, lo fa in modo stereotipato e ripetitivo.

E' abbastanza indipendente per quanto riguarda i suoi bisogni e la gestione di se stessa.

E' una persona socievole che saluta sempre tutti gli operatori che si trovano nel suo tragitto lungo i corridoi.

Ama il buon cibo e fatica a mantenere la dieta creata a posta per lei a causa dell'incrementare del suo peso corporeo.

R. ha crisi improvvise di rabbia che fatica a gestire e controllare.

In particolare modo durante il periodo dell'attività di musicoterapia l'utente è maggiormente destabilizzata psicologicamente a causa di un cambio di educatore del nucleo Aliseo avvenuto nei mesi precedenti l'attività.

Nei momenti in cui R. ricorda i suoi genitori si cala in uno stato di malinconia estrema che sfocia in pianti e ripete tra sé e sé "fai la brava", "devi stare tranquilla", "non fare i capricci, non sei più una bambina piccola", frasi che le venivano ripetute fin da bambina.

Dopo i primi incontri di osservazione la musicoterapista constata che a R. piace la musica, ama cantare e conosce molte canzoni del repertorio di musica italiana.

L'ambito emozionale, la musicalità e l'ambito espressivo/comunicativo sono stati oggetto di valutazione del percorso musicoterapico svolto con R.

Obiettivi specifici

Le sue crisi di rabbia, i suoi stati di ansia e di malinconia portano alla scelta dell'obiettivo specifico da porre per quanto riguarda il percorso musicoterapico: lavorare sul rilassamento e il controllo delle emozioni.

La musica vuole essere il mezzo per conferirle una situazione di benessere e di diminuire così le crisi di rabbia.

L'incontro si apre per R. con una canzone descrittiva riguardante la colazione fatta la mattina stessa poiché l'argomento cibo è un catalizzatore molto efficiente della sua concentrazione ed attenzione.

Con l'ausilio del **guitalele e della voce** la musicoterapista intona la seguente canzone lasciando delle pause lunghe appositamente create per dare libertà di espressione a R. che con i suoi tempi molto ampi riempie cantando la sua colazione preferita.

La canzone inizia con un arpeggio di Do Maggiore e prosegue con il seguente testo:

*P: Questa mattina,
a colazione,
cos'hai mangiato?
Cara R. ?*

.....

.....

*R: Te,
panino con la cioccolata,
uva.*

A seguire un'altra canzone descrittiva posta sotto forma di gioco in grado di catturare l'attenzione di R. nel momento in cui la sua rabbia sfociava nell'aggressione.

Il tema centrale è sempre il cibo ma questa volta R. è l'attrice principale della scenetta.

R. è una grande chef pronta per **cantare** al suo pubblico alcune ricette di piatti speciali di cui lei ne va ghiotta.

Il tutto è articolato su una base musicale suonata dalla musicoterapista.

Dopo aver osservato e capito la propensione di R. verso alcuni stili musicali, gli accordi e il ritmo scelti sono quelli di Braccia Avanti, tratti dal repertorio infanzia della musicoterapista.

A tempo di musica, dopo aver declamato il piatto "pasta alla carbonara", R. inizia a cantare gli ingredienti e ciò che serve per preparare la ricetta che ricorda sugli accordi della canzone.

Aaaa-cquaaa-calda,

Paaaaa- staaaa-sciutta,

Meeee-ttooooo-l'uovo,

iiiiil-foooooor-maggio,

laaaaa-pan-cettaaaa

E così via con altre ricette come la torta al cioccolato e il risotto con i funghi.

Queste canzoni improvvisate sono molto importanti per riportare R. in uno stato di consapevolezza di sé e di farla quindi calmare, di concentrazione perché deve riflettere sugli ingredienti e sul fatto di doverli cantare e non solo declamare.

Con questa attività R. riesce a canalizzare la sua attenzione dal sentimento di sofferenza e rabbia ad un sentimento di gioia e divertimento sentendosi importante in quanto è lei la parte principale.

I momenti in cui esplode una crisi di rabbia sono difficili da gestire.

La musicoterapista cerca di mettere in luce le emozioni positive e fa in modo che R. rimanga tranquilla e serena il più a lungo possibile.

Non sempre è possibile.

Calcias, tira gli oggetti che vede, e utilizza un lessico molto volgare.

A questo proposito la musicoterapista prepara il *setting* della Stanza Snoezelen il più libero possibile da oggetti e strumenti musicali che possano diventare pericolosi o motivo di agitazione e aggressione.

Ci sono stati episodi di scatti di ira improvvisa e avversione verso la musicoterapista.

La musicoterapista sceglie infatti di non utilizzare nel suo percorso strumenti musicali da farle esplorare ma predilige la voce, il movimento e le body percussion di base come il battito delle mani e dei piedi.

Altri strumenti musicali oltre al guitalele vengono suonati invece dalla musicoterapista per calmare l'utente quali il **bastone della pioggia**, l'**ocean drum** e le **campane tibetane**.

Vengono creati dei momenti musicali di estrema tranquillità all'insegna di porre R. in una situazione di rilassamento e benessere.

R. viene invitata a sdraiarsi sul lettino vibrazionale ma viene lasciato spento, si utilizza quindi solo come supporto per incrementare il rilassamento far sì che le **vibrazioni** prodotte dal fruscio delle dita che sfiorano la pelle del tamburo, i rintocchi a basse frequenze delle campane tibetane e il suono delle goccioline di acqua che cadono prodotte dal bastone della pioggia creino un *background* che lavora in sinergia con gli stimoli visivi presenti nella Stanza Snoezelen come il cielo stellato che cambia il colore delle luci e fa da coadiuvante per il benessere psicofisico dell'utente.

R. si calma quando ascolta con il corpo le vibrazioni che si creano a partire dagli strumenti musicali, penetrano nei corpi e si amalgamano insieme all'interno della Stanza Snoezelen.

I rintocchi cadenzati e ritmici delle campane tibetane la porta in uno stato di rilassamento tale per cui riesce quasi ad addormentarsi.

Dopo questa fase ci si sposta in un altro spazio della stanza creato da due sedie una di fronte all'altra poste accanto ad una parete dove vengono proiettate immagini colorate.

Grazie all'attivazione mediante stimolo visivo dato dalle immagini che mutano forma, colore e uditivo, grazie all'introduzione da parte della musicoterapista con il guitalele di alcune delle sue canzoni preferite come "Alla caccia del leon", "Braccia avanti", "La bella lavanderina", R. si attiva ed inizia a cantare serenamente.

Grazie ad un lavoro graduale svolto durante il percorso musicoterapico è in grado di riprodurre in modo autonomo i gesti-suono delle canzoni.

Infatti balla descrivendo con i movimenti del corpo le parole del testo, anche se si nota che per R. realizzare contemporaneamente due attività quali il canto e il movimento risulta essere molto difficoltoso.

Si può concludere che al termine delle sedute di musicoterapia, R. si dimostra più serena e tranquilla, è più disponibile al rapportarsi con qualcuno senza far nascere immediatamente una crisi aggressiva.

Utente: S.B. - Sesso: M - Età: 61

Nucleo: Farfalla - Referente: Elena Parolin

Musicoterapista: Priscilla Menini

Diagnosi: esiti di politrauma con trauma cranico grave ed evacuazione dell'ematoma sotto durale

Numero incontri:18

S. è una persona che si è chiusa in sé ed è relegato all'utilizzo della carrozzina in seguito ad un incidente in motorino avvenuto circa 20 anni fa che ha ridotto drasticamente le sue abilità motorie.

E' entrato in coma e durante questo periodo il danno neurologico è aumentato ed è andato via via aumentando.

Osservazione e valutazione

S. riesce a compiere un piccolo movimento del braccio verso l'alto e verso il basso, muove poco la testa verso sinistra, la parte dove gli è rimasto l'occhio che vede male poiché dall'altro è rimasto cieco.

Le dita delle mani sono quasi totalmente raccolte verso l'interno e non si muovono, verbalizza in modo non chiaro e con poche parole.

Ha quindi conservato poche abilità fino-motorie e grosso-motorie. Per fare qualsiasi cosa necessita quindi dell'aiuto di un operatore.

La memoria sta andando a scemare, fatica sempre di più nel ricordare le cose ed azioni soprattutto quelle svolte da poco tempo.

Sin dal primo incontro di musicoterapia si è chiaramente notato l'amore incondizionato per la musica.

S. ama l'opera e ama Pavarotti.

E' facile instaurare immediatamente un legame molto forte con lui grazie a questo canale unico: la musica.

Un aspetto valutato in fase finale del percorso musicoterapico è proprio la musicalità di S.

Inoltre nella valutazione si tiene conto dell'area cognitiva, di quella sensoriale, di quella emozionale ed espressiva/comunicativa.

Obiettivi specifici

Per S. si è pensato di lavorare all'insegna di un generale miglioramento del suo benessere psicologico e di accrescere quindi la sua autostima.

Sono poi stati posti ulteriori obiettivi come incrementare per quanto possibile l'utilizzo della memoria, migliorare e controllare il movimento che gli è rimasto attivo, quindi quello delle braccia ed imparare a gestirlo al meglio.

E' importante questo ultimo punto poiché S. cerca spesso il contatto delle proprie mani con quelle dell'interlocutore, fatica molto nel dosare la forza della stretta e spesso infatti graffia con le unghie le mani delle altre persone.

S. dimostra interesse nei confronti del **guitalele**, strumento musicale proposto dalla musicoterapista, ma il suo vero amore è il pianoforte e si provvede quindi ad inserire la **tastiera** all'interno del *setting* di musicoterapia.

La visione della tastiera lo agita e quindi per quanto possibile la musicoterapista sistema la tastiera sopra al piano d'appoggio della carrozzina permettendogli così di poter sperimentare da solo in modo autonomo il suono di questo strumento.

S. esaspera l'unico movimento in grado di compiere e percuotendo i tasti suona ed è felice.

Viene aiutato nel compiere degli spostamenti con le braccia per poter suonare sia i suoni acuti sia i suoni gravi e S. apprezza molto questo gesto ringraziando la musicoterapista.

Dopo un'ulteriore esplorazione di altri numerosi strumenti trova interesse per le **wind chimes** e per il **cembalo**, suo fedele alleato una volta conosciuto.

Ogni sessione di musicoterapia si apre con l'esclamazione "Dammelo...!", ma non ricorda il nome dello strumento.

Per aiutare la sua memoria la musicoterapista utilizza canzoni, pattern ritmici, improvvisazioni su nomi di strumenti e non solo, sfrutta anche il canale *famiglia*.

S. è molto legato alla sua famiglia, ogni domenica si reca a casa della sua mamma e trascorre la giornata in famiglia, in compagnia dei suoi fratelli e sorelle.

Colto questo aspetto affettivo molto importante, la musicoterapista decide di improvvisare con tastiera o guitalele canzoni descrittive sulla propria famiglia e su quella di S. imparando così reciprocamente i nomi dei componenti delle famiglie.

Questo ha permesso un'ulteriore *step* positivo nel progresso del rapporto epatico utente-musicoterapista.

Al termine dei 18 incontri S. ricorda esattamente i nomi dei componenti della famiglia della musicoterapista, il nome del suo strumento preferito, il cembalo e riesce ad utilizzarlo nel modo corretto e coerente all'interno del ritornello della canzone "La zia Adelina".

Per arrivare a questo viene svolto un lavoro molto minuzioso sulla gestione e consapevolezza del proprio corpo, o meglio della parte del corpo che gli rimane semi-autonoma, quindi delle braccia.

Si usano le wind-chimes per favorire ed incrementare il movimento autonomo laterale, il cembalo per coordinare e controllare il movimento verticale.

Il movimento verticale viene fatto seguire anche osservando per quanto possibile il tubo bolle, stimolo sensoriale presente nel *setting* della Stanza Snoezelen e seguendo con un battente a tempo di musica le bolle che salgono all'interno del tubo.

S. canta accompagnato dalla musicoterapista cercando di articolare il meglio possibile le parole del testo ma fatica a ricordarle.

Le canzoni più cantate sono Bella ciao, La domenica andando alla messa, La zia Adelina, Marina.

Per poter conservare al meglio e cercare di incrementare per quanto possibile la memoria dell'utente, si è proposta un'attività per poter imparare altre canzoni non conosciute da S.

Dopo aver numerato gli spartiti delle canzoni del repertorio della musicoterapista, a turno si sceglie un numero e il numero che viene detto corrisponde ad una canzone che viene poi imparata.

Ricordare qualche titolo nuovo e qualche ritornello e strofa di canzoni non conosciute prima da S. è stato un bel traguardo.

Spesso S. prosegue cantando la canzone in modo autonomo senza l'ausilio della musicoterapista.

Scelta la canzone "La zia Adelina" S. impara bene il ritornello con la voce e prova a controllare il movimento del suo braccio con il cembalo che risulta essere ingestibile.

Infatti S. durante le canzoni suona sempre il cembalo, lo percuote sul piano d'appoggio della sua carrozzina senza curarsi del tempo o del ritmo, gli basta suonare e partecipare attivamente nel fare musica.

Sente la vibrazione prodotta dallo strumento e questo lo gratifica.

Riporta che "sente qualcosa" nelle braccia se suona forte.

Grande progresso è stato il constatare a fine percorso il visibile e chiaramente udibile raggiungimento di un'elevata capacità della gestione e controllo del movimento del braccio destro.

E' infatti in grado di percuotere lo strumento durante le pause nel ritornello prefissate dalla musicoterapista.

CIN CIN ^ ^

CHE BEL ^ ^

Oé Oé Oé ^ ^

CIN CIN ^ ^

CHE BEL ^ ^

Oè Oé Oé ^ ^

Il costante ripetere le canzoni, il cercare di suonare il cembalo solo in alcuni momenti prestabiliti, il provare ad aggiungere la voce finché si percuote lo strumento e quindi realizzare in contemporanea due attività differenti hanno permesso a S. di acquisire una maggior consapevolezza di sé.

E' gratificato, possiede una maggiore autostima.

Il viaggio all'interno del mondo della **vibrazione** è per S. un percorso che intende la vibrazione come fenomeno fisico/emozionale poiché la forte sensazione che prova nel suo corpo finché suona il cembalo in primis, la tastiera, le wind-chimes hanno scosso la sua persona e gli hanno fatto vivere dei momenti unici.

L'educatrice riporta infatti che l'attività di musicoterapia è attesa da S. con trepidazione.

Riesce al termine del percorso a gestire e controllare la forza che imprime sulle mani della musicoterapista senza recar alcun danno quindi anche l'ambito sensoriale ha raggiunto ottimi risultati.

L'area della musicalità mette in risalto un aumento delle percentuali riguardanti il sotto dominio del ritmo in quanto S. ha sviluppato questo aspetto portandolo non solo nella canzone "La zia Adelina" ma anche nelle altre canzoni.

Pazienta ed ascolta, interagisce prima di suonare il cembalo, vuole creare un'interazione con la musicoterapista.

Utente: S.R. – Sesso: M – Età: 45

Nucleo: Pegaso 2 - Referente: Giorgia Gironi

Musicoterapista: Duccio Simbeni

Diagnosi: grave oligofrenia, disturbo del comportamento da cerebropatia neonatale, patologia neuromotoria insorta

Numero incontri: 18

Osservazione e valutazione

A causa del deficit neuromotorio S. percorre il tragitto dal nucleo alla stanza Snoezelen non senza difficoltà e ansia, in particolar modo quando deve scendere o salire le scale o quando il percorso presenta dei cambi di pendenza significativi. In questo caso necessita di un accompagnatore che lo

prenda a braccetto, che oltre ad assisterlo gli possa trasmettere sicurezza. Spesso chiede di prendere l'ascensore per evitare questi punti del percorso. Fatica a rimanere in posizione eretta a lungo e anche quando deve sedersi necessita di un supporto fisico che lo guidi nella posizione corretta di seduta.

Dal punto di vista della motricità fine manuale si riscontrano dei deficit medio-lievi. Nello specifico la presa con entrambe le mani non è perfettamente salda e i movimenti stessi avvengono con una certa lentezza.

S. è una persona molto insicura, ma allo stesso tempo socievole, affettuosa e sorridente. Si esprime con un linguaggio semplice ed un comportamento ripetitivo, non articola bene le parole e presenta significative stereotipie verbali.

Spesso l'oggetto di queste stereotipie sono delle piccole scatoline contenenti dei piccoli pupazzetti o caramelle che lui porta sempre con se e che sembrano dargli una maggiore sicurezza.

Il contatto oculare, anche se presente, non è costante mentre la funzione visiva, anche per via di una sopraggiunta cataratta non ottimale ed il livello di attenzione è piuttosto basso.

Ha seguito percorsi musicoterapici negli anni precedenti e partecipa in maniera costante all'attività settimanale di canto corale del centro.

Gli ambiti su cui si è concentrato il lavoro musicoterapico sono stati quelli espressivo-comunicativo, sociale, cognitivo e la musicalità generale del soggetto.

Obiettivi specifici:

- imparare i termini chiave di un brano musicale
- lavorare sul tempo delle vocalizzazioni
- aumentare il grado di sicurezza di se
- allenare la memoria a lungo termine
- sviluppare il senso del ritmo in maniera più regolare, costante e prolungata

Fin dagli incontri preliminari S. si dimostra entusiasta di partecipare alle sedute di musicoterapia, e accetta di buon grado di stare nella stanza Snoezelen anche se non ha particolare interesse in nessuna delle stimolazioni presenti nella stanza. Durante l'attività S. è seduto frontalmente rispetto al musicoterapista. Sul tavolino davanti a lui vengono posizionati gli strumenti musicali selezionati (una darbuka, un tamburello con battente, uno shaker medio, un egg shaker, un sonaglio e un piatto con asta).

Essendo particolarmente legato alla musica italiana popolare S. si dimostra ben contento all'idea di accompagnare il musicoterapista col canto mentre egli con la chitarra acustica esegue qualche motivo legato a questo repertorio. Inizialmente sono stati eseguiti i brani "Sul cappello", "Marina" e "Le stelletto" mentre con le sedute successive sono stati aggiunti altri brani al repertorio quali "Mamma" e "Quelle stradelle". Fin dalle prime sedute S. non ha problemi a riconoscere la melodia della canzone, accompagna l'andamento della musica con movimenti del capo (fuori tempo) e canta solo qualche parola per ogni strofa (parole che spesso sono articolate in maniera scorretta e non perfettamente intonate).

Durante l'esecuzione S. talvolta si distrae smettendo di cantare e volgendo lo sguardo altrove, oppure interrompe l'attività canora ripetendo in maniera ossessiva alcune delle sue stereotipie o rivolgendo al musicoterapista domande relative agli operatori del nucleo che lo assistono o riguardo le scatoline che porta con se.

Tale attività di esecuzione strumentale e canora su un repertorio di brani conosciuti da S. è stata ripetuta come attività centrale anche nelle altre sedute per tutta la durata del progetto.

In particolar modo il brano "Le stelletto", presenta un testo in cui per ogni strofa vengono ripetute più volte delle parole chiave e ogni strofa si alterna ad un ritornello sempre uguale.

Questa caratteristica relativa alla ripetitività sia delle parole del testo e sia della parte armonica, sebbene ognuna in misura diversa, è presente nella maggior parte delle canzoni che rientrano in questo repertorio.

In questo modo anche se il brano non è di breve durata S. è riuscito col tempo ad imparare e

ricordare la maggior parte dei termini che compongono ogni strofa della canzone.

Inoltre S. è arrivato a cantare più di una strofa da solo senza il bisogno di essere accompagnato con la voce dal musicoterapista che in questo caso si è limitato a suonare la chitarra.

Anche i momenti di distrazione durante l'attività sono significativamente diminuiti così come le stereotipie verbali.

Mentre l'articolazione verbale è rimasta, anche se in misura minore rispetto all'inizio del percorso, abbastanza deficitaria.

Per incrementare la sicurezza di S. e farlo sentire più a suo agio fin dai primi incontri il musicoterapista ha composto e inserito come momento iniziale e finale di ogni seduta una canzone di benvenuto e una canzone di arrivederci costituite da melodie molto semplici e caratterizzate da un testo ripetitivo e dal vocabolario ristretto. S. apprezza fin da subito questi semplici motivi in cui nel testo viene menzionato e ripetuto più volte il suo nome e dopo i primi quattro o cinque incontri ricorda e canta senza problemi le parole in coro con il musicoterapista.

In particolare nella canzone di saluto finale S. canta il suo cognome secondo una logica di turnazione dove lo prevede il testo.

Sempre sulle melodie e sugli accordi degli stessi brani sopradescritti accompagnato dalla chitarra e dalla voce del musicoterapista si è cercato di far interagire S. con lo strumentario per lui selezionato. Nelle sedute iniziali si è stimolato verbalmente S. affinché scegliesse uno strumento tra quelli presenti ed eseguisse un semplice pattern ritmico sulla base musicale e cantata del musicoterapista. Sebbene S. non segua il pattern ritmico indicatogli va moderatamente a tempo con la canzone alternando ritmi in battere e in levare spesso fermandosi tra una battuta e l'altra o nel mezzo della battuta stessa. Con il passare delle sedute S. è arrivato a familiarizzare con lo strumentario, a scegliere e suonare senza alcuno stimolo indotto i suoi strumenti preferiti (come il tamburello, lo shaker e il sonaglino) cambiandoli anche durante l'esecuzione del brano. E' arrivato a mantenere il pattern ritmico senza modificarlo nella struttura per più battute diminuendo i momenti di interruzione.

Essendo S. molto legato alla madre che ogni settimana viene a fargli visita al centro, il brano “Mamma” si è rivelato per lui un momento molto sentito ed emozionante, in cui S. si è lasciato andare non presentando alcun timore o insicurezza, quasi a ribadire il forte legame tra i due soggetti.

Oltre al repertorio di canzoni tradizionali italiane il musicoterapista ha composto e inserito fin dalle prime sedute una semplice canzone di lavoro sul riconoscimento e individuazione della lateralità destra e sinistra. Nello specifico S. durante l’esecuzione di questo brano tiene nella mano destra un sonaglio e nella sinistra un egg shaker. In un momento preciso della canzone è chiamato a seconda del testo della canzone a suonare con una mano il sonaglio e con l’altra l’egg shaker. In generale col tempo si è registrato un lieve miglioramento rispetto al riconoscimento delle lateralità anche se è successo più volte, in maniera del tutto casuale dal punto di vista cronologico delle sedute, che S. confondesse la destra con la sinistra e viceversa.

La stessa canzone di saluto finale contiene una parte in cui S. è chiamato a rispondere riguardo i giorni della settimana destinati agli incontri di musicoterapia.

Anche in questo caso ci sono state sedute in cui S. ha risposto correttamente e altre in cui ha confuso i giorni.

Da segnalare inoltre come l’atteggiamento di S. verso il musicoterapista si sia modificato sensibilmente seduta dopo seduta in maniera costante. Da un atteggiamento di timidezza, di chiusura e di insicurezza generale S. è arrivato a vivere questa ora di musica come un momento spensierato in cui poter discutere e scherzare liberamente.

Dal punto di vista strettamente vibrazionale in questo caso si è voluto insistere ed indagare maggiormente sulla vibrazione legata alla voce e più precisamente alla parola. La parola che tramite la vibrazione può far riscoprire e sviluppare stati emotivi e sentimenti assopiti o tenuti nascosti favorendo in tal modo la relazione con il musicoterapista stesso.

Particolarmente significativo da questo punto di vista sono state le ultime sedute del progetto in cui S. al momento dell’incontro in reparto che anticipa l’attività corre incontro al musicoterapista

abbracciandolo. Inoltre, il tragitto dal nucleo alla stanza Snoezelen è stato vissuto progressivamente da S. con meno ansia fino ad arrivare alle ultime sedute in cui S. non chiede mai l'ausilio dell'ascensore per raggiungere la stanza e accetta senza particolari paure di salire o scendere le scale.

Nome: E.M. - Sesso: F - Et : 33

Nucleo: Arcobaleno - Referente: Manuela Furi

Musicoterapista: Duccio Simbeni

DIAGNOSI: sindrome di Sanfilippo, gravissima disabilit  psicomotoria, funzionamento cognitivo altamente compromesso

Numero incontri: 18

Osservazione e valutazione

E. risulta la pi  longeva in Italia tra le persone affette da questa rara sindrome. Nonostante ci  la degenerazione dovuta alla malattia la costringe a trascorrere la giornata interamente a letto o per limitati momenti della giornata in carrozzina essendo paralizzata dalla vita in gi . Inoltre spesso lamenta forti dolori muscolo-scheletrici esternati da E. con mugugni e frequenti pianti. Per questo gli stessi operatori del nucleo tendono a limitare i passaggi dal letto alla carrozzina e viceversa. Frequenti sono inoltre gli spasmi muscolari caratterizzati da movimenti involontari che riguardano gli arti superiori, il capo e il torace. E. muove, sebbene lo faccia raramente e non si sa quanto volontariamente, gli arti superiori in maniera lenta e scoordinata.

Anche la motricit  fine   gravemente compromessa e i pochi movimenti delle dita che E. compie avvengono inconsapevolmente o comunque senza un motivo apparente.

Sporadicamente ha delle crisi epilettiche che vengono comunque trattate farmacologicamente.

Il livello cognitivo   gravemente compromesso, E. non parla, non mantiene il contatto oculare se non per pochi secondi. Sono frequenti i momenti caratterizzati da uno sguardo assente e da una

forte rigidità che le impedisce qualsiasi tipo di movimento fisico.

E. soffre inoltre di scialorrea, per questo necessita frequentemente di essere pulita.

Anche il livello di funzionalità dell'apparato uditivo è incerto e sebbene non sia stato possibile misurarlo esattamente rimane l'ipotesi, assecondata anche dai medici e dagli operatori del nucleo di cui E. fa parte, che il livello sia molto basso.

La stanza Snoezelen, che E. frequenta una volta a settimana, è per lei un motivo di distrazione, spesso rimane a fissare le diverse stimolazioni per qualche minuto senza perdere il contatto visivo.

L'ambito di riferimento su cui si è improntato il progetto è stato quello emozionale anche se inizialmente vi è stato il tentativo anche di lavorare su quello della motricità fine.

Obiettivi specifici:

- Favorire il rilassamento psicofisico
- Diminuire la tensione muscolare

All'inizio del percorso musicoterapico, confrontandomi con la coordinatrice del nucleo, si era partiti dal presupposto di come la stanza Snoezelen, con le sue differenti stimolazioni multisensoriali, costituisse di per sé un motivo di distrazione per E.

Inoltre, cercando di conciliare il caratteristico setting ambientale legato ad aspetti fisici e visivi propri della stanza Snoezelen con un ambientazione sonora idonea si è optato per una scelta di musiche cosiddette d'ambiente o di sottofondo fatte suonare mediante un impianto Hi-Fi presente nella stanza. Allo stesso tempo si è cercato di sfruttare in particolar modo fasci di fibre ottiche, egg-shaker e sonagli al fine di stimolare parti del corpo legate principalmente alla motricità fine, come i palmi delle mani e le dita o la stessa presa manuale.

Sin dalle prime sedute si è però constatato come E. rifiutasse il contatto fisico con le fibre ottiche e con gli egg-shaker e i sonagli, esternando questo rifiuto tramite lamenti e mugugni o tramite veri e propri rifiuti fisici mediante movimenti degli arti superiori atti ad allontanare gli strumenti di

stimolazione.

Inoltre la musica di sottofondo non sembrava minimamente influenzare lo stato psicofisico di E., e il fatto che ci fosse o meno non pareva costituire per lei motivo né di tensione né di rilassamento o di distrazione.

Per questo motivo si è deciso di provare ad eseguire della musica dal vivo, mediante l'utilizzo della chitarra acustica da parte del musicoterapista per capire se questa potesse in qualche modo catturare l'attenzione di E.

Il musicoterapista, posizionato frontalmente rispetto ad E. ha cominciato eseguendo brani o motivi cantati legati alla sfera infantile.

La scelta non è stata casuale in quanto questi tipi di brani, come per esempio le ninna nanne, per prima cosa hanno di per sé una struttura molto semplice, un andamento ritmico lento e costante, quasi a simulare il movimento della culla e quindi sono di per sé rilassanti e distensive. In secondo luogo si è scelto questo tipo di repertorio nella speranza di toccare emozionalmente E. considerato che la sua infanzia è stato un periodo di vita non ancora compromesso dal degenerare della malattia e quindi con la maggior parte delle funzioni cognitive, mentali ed uditive non ancora compromesse.

Sin da subito E. ha dimostrato un'attenzione oculare verso lo strumento e le mani del musicoterapista che si muovono sul manico della chitarra mai riscontrata nelle sedute precedenti.

Lo sguardo che prima era fisso verso il cielo stellato in movimento o un punto indefinito della stanza Snoezelen ora segue l'attività del musicoterapista. Non mancano i momenti in cui E. distoglie lo sguardo ma dimostra durante la seduta anche di rientrare in contatto con l'attività proposta.

Oltre a questi brani sono stati selezionati altri brani di musica popolare italiana noti, come per esempio "Generale" o "Madama Dorè" adattandoli secondo il ritmo e l'intensità cercando di rispettare le caratteristiche musicali di cui sopra.

Inoltre sono state composte una canzone di benvenuto e una di arrivederci, riproposte sempre all'inizio e alla fine di ogni seduta. La canzone di arrivederci è anticipata da un lungo momento

introduttivo nel quale il musicoterapista improvvisa con la chitarra seguendo l'armonia della canzone.

Durante tutto il percorso si è registrata una significativa riduzione della tensione muscolare non solo durante l'attività musicoterapica ma anche nelle ore successive accompagnata ad una diminuzione dei lamenti e pianti causati dai dolori fisici. Questo fatto è stato riportato anche dalla coordinatrice del centro la quale ha affermato che quando E. rientra in reparto dopo avere svolto l'attività di musicoterapia questa è molto più sciolta muscolarmente e si lamenta con minor frequenza rispetto a prima.

Durante i brani eseguiti dal musicoterapista inoltre è capitato spesso che E. muovesse con più disinvoltura gli arti superiori, le mani e la testa in maniera più rilassata ed apparentemente volontaria.

E' capitato più volte che E. si sia addormentata durante l'attività e in un paio di occasioni dal viso le sia scesa qualche lacrima.

Anche in un contesto psico-funzionale assai compromesso, come quello di E., dove a maggior ragione risulta ancor più difficile leggere in maniera obiettiva dei cambiamenti dovuti ad una specifica attività musicoterapica non si può negare che E. abbia ridotto significativamente i lamenti ed i pianti dovuti al dolore e si sia registrato un notevole rilassamento del tono muscolare con conseguente incremento dell'attività fisica muscolare durante e successivamente l'attività musicoterapica (come riportato anche dalla coordinatrice).

Il progetto si è concentrato così su quell'aspetto vibrazionale propriamente legato al suono inteso nella sua accezione più fisica, in questo caso scaturito dalla chitarra e dalla voce del musicoterapista che andrebbe così a toccare l'utente generando in lui quel benessere psicofisico a cui si è fatto più volte riferimento e incrementando, allo stesso tempo, quello stato di rilassamento generale e di diminuzione del dolore a cui aspira il progetto.

Utente: L.M. - Sesso: M - Età: 40

Nucleo: Pegaso - Referente: Giorgia Gironi

Musicoterapista: Stefano Spaderi

Diagnosi: Sindrome di Down, diabete di tipo mellito 1

Numero incontri: 18

Osservazione e valutazione

L. viene presentato come una persona molto attiva, partecipativa e solare. L. ha già partecipato a un percorso di musicoterapia, nel 2015. Non ha grandi difficoltà motorie, ma ha un problema legato alla comunicazione: a livello di comprensione risponde solo a domande molto semplici e tende a ripetere le parole del suo interlocutore; ha difficoltà a pronunciare molti fonemi, al punto che molte parole risultano incomprensibili. Non inizia uno scambio verbale, a meno che non debba comunicare un bisogno fisico imminente.

A seguito del primo incontro preliminare con il referente e delle prime tre sedute di musicoterapia, la prima somministrazione del protocollo IMTAP ha messo alla luce i domini su cui concentrare l'attenzione: motricità fine, ambito espressivo/comunicativo e musicalità.

Obiettivi specifici:

Aumentare la consapevolezza di sé e della musicalità.

Fin dai primi incontri il musicoterapista ha accompagnato L. nell'esplorazione della stanza Snoezelen e dello strumentario musicale al suo interno. L. si è dimostrato attratto soprattutto dal tubo bolle, verbalizzando il colore della luce ogniqualvolta questa cambiasse. A livello musicale, l'esplorazione è partita da strumenti quali Glockenspiel e tamburi, attraverso improvvisazioni guidate dal musicoterapista. Durante queste prime improvvisazioni, L. ha partecipato seguendo le istruzioni e attenendosi allo strumento assegnato, mostrando una buona musicalità a livello ritmico, meno a livello melodico. Durante gli incontri successivi il musicoterapista ha lavorato sull'alternanza mano

destra/sinistra, condividendo con L. lo stesso tamburo. Allo stesso modo si è lavorato anche sui cambi di dinamica e sulle pause.

A livello vocale sono state proposte delle lunghe improvvisazioni ritmiche, con dei vocalizzi del musicoterapista ai quali L. potesse replicare. In queste fasi L. era seduto su una sedia di fronte al musicoterapista, anch'egli seduto, entrambi con un tamburo (o cassa). L. dettava la pulsazione ritmica, senza mai aumentare né diminuire la velocità o il volume; il musicoterapista improvvisava ritmicamente e proponeva a L. vocalizzi o, a volte, anche semplici verbalizzazioni conosciute dall'utente. La risposta di L. ai vocalizzi è stata di tipo imitativo, con buoni risultati per le vocali "A" e "E", mentre le difficoltà fonetiche hanno frenato le vocali "I", "O", "U": l'imitazione di L. non rispecchiava esattamente l'intonazione del musicoterapista, ma dimostrava l'intenzione di farlo. Dopo qualche incontro, vocalizzi e verbalizzazioni sono passati dall'essere improvvisati, all'avere una struttura, diventata una sorta di canzone di benvenuto e di riscaldamento.

Come ti chiami? ... L.

Come stai? ... Bene

Come mi chiamo io? ... Stefano

Cosa facciamo insieme? ... Musica

Cosa suoniamo? ... Tamburo

*Dov'è la mamma? ... A casa mamma mamma**

Stefano e L. si dicono "Ciao!" (la musica si ferma per lasciare spazio al saluto)

Stefano e L. si danno la mano (la canzone termina con la stretta di mano)

*"A casa mamma mamma" è una delle frasi che L. spesso ripete.

Oltre alle improvvisazioni, il musicoterapista ha sottoposto l'utente all'ascolto di una serie di brani popolari e di canzoni per bambini, cantati e suonati dal musicoterapista. L. non si dimostra molto partecipativo in questo tipo di attività, rimanendo seduto e in silenzio nella maggior parte dei brani;

solo alcuni brani, come “Fratelli d’Italia”, “Quel mazzolin di fiori” e “Nella vecchia fattoria” riescono ad attivarlo e a fargli pronunciare alcune parole del testo. La canzone “Nella vecchia fattoria” viene utilizzata dal musicoterapista più volte, in quanto meglio si presta all’interazione: L. dimostra di capire quand’è il suo turno e, nella maggior parte dei casi di sapere quale verso fare.

L. ha manifestato interesse per il Glockenspiel, suonandolo sempre con entrambi i battenti e mantenendo costante la pulsazione (fanno eccezione i glissando). Con questo strumento, L. ha ottenuto le migliori performance, da un punto di vista strettamente musicale. Accompagnato dal musicoterapista alla chitarra, L. ha interiorizzato alcune regole musicali: attendere il proprio turno, aumentare o diminuire il volume, fermarsi; ha dimostrato inoltre di saper improvvisare senza necessariamente ripetere una melodia o un ritmo appena sentiti, ma creando qualcosa di completamente nuovo.

In conclusione, L. all’interno della stanza Snoezelen ha suonato, cantato, giocato e talvolta ballato; ha sperimentato nuovi suoni, nuovi colori e sensazioni. È cresciuto sul piano musicale, ma anche su quello verbale, per lo meno nei confronti del musicoterapista.

Utente: V.A. - Sesso: F - Età: 42

Nucleo: Aliseo - Referente: Sonia Casarotto

Musicoterapista: Stefano Spaderi

Diagnosi: paralisi cerebrale infantile con diplegia spastica ed insufficienza mentale medio-grave; epilessia in trattamento farmacologico; insufficienza mentale medio grave con disturbi del linguaggio

Numero incontri: 18

Osservazione e valutazione

Dall’incontro preliminare con il referente, l’utente è una persona molto chiusa e facilmente suscettibile su alcuni argomenti, come la malattia e la morte; a volte può anche essere aggressiva.

Deambula autonomamente ma con fatica; ha una discreta sensibilità a livello manuale. Ama ascoltare musica alla radio e partecipa con entusiasmo al coro settimanale. È molto contenta di iniziare il percorso di musicoterapia e lo ribadisce già al primo incontro conoscitivo, pochi giorni prima dell'inizio del percorso musicoterapico. All'interno del reparto ha un ruolo tutto suo, che è quello di scrivere il menù del giorno, compito che prende molto seriamente e che realizza col massimo dell'impegno. Dopo le prime sessioni, anche alla luce di quanto emerso dal dialogo col referente, il musicoterapista decide di valutare i domini IMTAP espressivo/comunicativo, emozionale e quello della musicalità.

Obiettivi specifici

Aumentare la verbalizzazione delle emozioni, migliorare la motricità fine; benessere e coinvolgimento

Già dalla prima sessione, V. dimostra grande partecipazione ed entusiasmo; non parla molto ma accetta di buon grado qualunque proposta musicale e non smette di suonare se ha in mano uno strumento; è affascinata dalla stanza Snoezelen, ma ciò non la distrae dalla musica. V. rimane sempre seduta ed è il musicoterapista a proporle gli strumenti: nelle varie sessioni si alternano molti strumenti, tra cui cembalo, tamburo, piatto, campane tubolari, glockenspiel, maracas, sonagli, shaker, tastiera. Col passare delle sessioni emergono gli strumenti preferiti di V. ossia Glockenspiel e cembalo, ma anche tastiera elettronica quando disponibile. V. si rivela una grande conoscitrice di musica, citando canzone, autore, album e anno di pubblicazione di molti brani. Nelle prime sessioni nasce spontaneamente un gioco musicale: V. cerca di suonare col glockenspiel la melodia di una canzone da lei conosciuta e il musicoterapista cerca di indovinarla; una volta individuata la canzone, utente e musicoterapista cantano assieme il brano accompagnati dalla chitarra del musicoterapista e dal cembalo (o shaker) di V. Durante questo esercizio, V. dimostra di avere un orecchio musicale in grado di riconoscere bene la distanza tra le note e di essere in grado di riprodurre una melodia conosciuta; inizialmente questi momenti portavano anche frustrazione e

rabbia, rispettivamente quando V. non riusciva ad individuare la melodia e quando il musicoterapista provava ad aiutarla. In seguito V. accetterà i suggerimenti e sarà molto più paziente nel prendersi tutto il tempo necessario a trovare la nota che soddisfi il suo orecchio.

Questo gioco iniziale è anche un'ottima partenza per altri momenti del percorso. Permette, infatti, di dare il via alla creazione di un repertorio, che continuerà a crescere durante le settimane; offre inoltre uno spunto per provare a schiudere la personalità ermetica di V., attraverso i ricordi che accompagnano ogni canzone e le emozioni che ogni brano, sia dal punto di vista melodico che da quello testuale, portano. Questi momenti di scambio spesso avvengono anche nel tragitto dalla stanza Snoezelen al reparto, assieme alla progettazione dell'incontro successivo e di quali nuovi brani saranno scelti, argomento che V. ha molto a cuore.

Si crea così un repertorio italiano e internazionale di oltre quaranta brani. V. ama cantare e lo fa, anche se non conosce bene il testo. Nelle prime sessioni canta ad un volume basso, poi il musicoterapista le suggerisce di cantare un po' più forte; V. prende alla lettera il suggerimento ma lo interpreta come un ordine e si scusa per non aver cantato ad un volume adeguato; il giorno stesso, V. incontra il musicoterapista nei corridoi del CERRIS e cerca con lui un contatto, per scusarsi ancora una volta. Nonostante le rassicurazioni del musicoterapista, dopo il suggerimento dato, V. continuerà a cantare con un volume alto e ogni complimento e incoraggiamento al termine dei brani porteranno sorrisi da parte dell'utente.

Tra i brani preferiti di V. ci sono: Celentano – Il tuo bacio è come un rock; Madonna – La isla bonita; RAF – Oggi un Dio non ho; Battisti – Anna; Vianello – Guarda come dondolo; Paola&Chiara – Amici come prima; Europe – The final Countdown; Anna Oxa – Storie; Frida – I know there's something going on; The Beatles – Penny Lane.

Sapendo che il compito di V. è di copiare il menù giornaliero in reparto e che quindi ha una certa abitudine a scrivere, il musicoterapista le propone di stilare una serie di brani, tra i preferiti, da eseguire insieme in stanza Snoezelen o per realizzare un CD. In questo modo, quanto fatto durante gli incontri ha modo di arrivare anche all'interno del reparto e della quotidianità dell'utente.

Molte sessioni vedono la tastiera come strumento principale per l'utente. Il musicoterapista propone di staccarsi dal repertorio e di provare a improvvisare insieme, partendo da uno spunto semplice, come un'emozione o uno stato d'animo. Accompagnata dalla chitarra del musicoterapista, V. suona la tastiera con buon gusto musicale e rispettando le indicazioni date; se dapprima appare un po' titubante, in un secondo momento apprezza la libertà dell'improvvisazione ed è lei stessa a riproporre l'esperienza negli incontri successivi. La scelta dei suoni sulla tastiera non è casuale: vengono preferiti suoni complessi, corposi e ricchi di effetti, in un certo senso evocativi. Prima dell'improvvisazione vera e propria, c'è un momento dedicato all'esplorazione del suono della tastiera, a un volume medio-alto: un momento di ascolto totale del suono e delle vibrazioni prodotte, nella stanza e nel proprio corpo. Obiettivo di questi esercizi è anche quello di aumentare le verbalizzazioni, ma ciò accade solo dopo molti inviti del musicoterapista.

Il percorso musicoterapico con V. è stato un momento di incontro tra due amanti della musica, che vogliono far conoscere all'altro i propri interpreti e brani preferiti; l'utente ha dimostrato una predisposizione naturale verso la musica, la costanza e la voglia di imparare. La musica è stata un buon canale per fare breccia in una personalità che ha paura di aprirsi e per instaurare un rapporto di fiducia, anche se ciò non è stato sufficiente a fare aprire del tutto V. alla propria emotività.

Utente: G.P. - Sesso: M - Età: 7

Nucleo: Aquiloni - Referente: Nicoletta Cressotti

Musicoterapista: Stefano Spaderi

Numero incontri: 18

Diagnosi: minore con disagio sociale

Osservazione e valutazione

G. ha una vicenda familiare complessa, che lo ha portato a giudicare il mondo in modo distorto, a relazionarsi coi coetanei violentemente e ad accumulare molta rabbia, che lui stesso è consapevole

di avere. È un bambino vivace e sorridente; ha già fatto un'esperienza musicale a inizio 2016, suonando la chitarra ed esibendosi assieme ad altri nel saggio finale. Fa fatica a perdonarsi di un errore e ha difficoltà ad apprendere le regole in modo sereno, senza la minaccia di una punizione in caso di disubbidienza. I domini IMTAP scelti per la sua valutazione sono l'ambito emozionale, quello sociale e la musicalità.

Obiettivi specifici

Diminuire la rabbia, assimilare le regole in modo sereno, sviluppare musicalità.

L'ingresso in stanza Snoezelen, per G., è carico di emozioni e di curiosità; l'esplorazione della stanza occupa quasi per intero il primo incontro e ogni luce o colore crea lo scenario perfetto per racconti fantastici, che nascono spontaneamente dalla fantasia dell'utente, presto messi in musica dal musicoterapista. Il rapporto tra utente e musicoterapista nasce mettendo in musica le impressioni del primo contatto con la stanza Snoezelen. G. prosegue poi gli incontri, curioso di toccare e suonare ogni strumento messo a disposizione. Durante il percorso, avrà modo di sperimentare cassa, piatto, tamburi, cembali, shaker, maracas, darbouka, campane tubolari, chitarra, tastiera, flauto dolce, glockenspiel, armonica, ocarina, flauto a coulisse, kazoo, melodica. Data la mole di strumentazione, la prima regola posta dal musicoterapista è quella di dire il nome corretto dello strumento prima di iniziare a suonarlo.

La prima parte del percorso musicoterapico vede soprattutto molte improvvisazioni musicali, alternando tutti gli strumenti a disposizione e insegnando a G. le basi di ritmo, armonia e melodia. Le improvvisazioni nascono da spunti verbali, concordati prima dell'inizio. Degli esempi sono "suoniamo pensando a un temporale" oppure "questa canzone si intitola: il nostro incontro". G. dimostra buone capacità di astrazione e trova da subito feeling musicale col musicoterapista. Gli strumenti che preferisce sono melodica e kazoo, ma anche flauto a coulisse e percussioni.

G. riesce a creare una sorta di batteria, mettendo la cassa in posizione centrale, un piatto alla destra, tamburo e darbuka a sinistra. Per molti incontri tiene la stessa disposizione e ha modo di esercitarsi

a livello ritmico, ottenendo ottimi progressi. Aldilà dell'aspetto musicale, spesso lo stesso G. manifesta il desiderio di "suonare la batteria forte": durante una delle improvvisazioni, c'è un crescendo d'intensità che porta G. a suonare la cassa, e quindi a colpire con i battenti, al massimo della sua forza fisica, per un lasso di tempo di circa un minuto. Al termine dell'esperienza, G. afferma di sentirsi più sereno e che le vibrazioni e il rumore prodotti dalla cassa gli piacciono e gli servono per sfogarsi.

Nella parte centrale del percorso, il musicoterapista mette da parte le improvvisazioni per concentrarsi sull'apprendimento di alcune canzoni scelte da G., quali "Fra Martino", "Sam il Pompiere" e "Thomas La Locomotiva". In questa fase il musicoterapista lavora sulla teoria musicale e la scrittura su pentagramma, cercando di far apprendere regole e nozioni nel modo più sereno possibile. G. dimostra costanza e caparbia nello studio, impara tutte le canzoni a memoria (eseguite col Glockenspiel) e riesce anche ad accettare di non saper leggere un pentagramma musicale, dicendo: "Vabbé gli spartiti li imparo a scuola, così noi abbiamo più tempo per suonare".

Il brano "Sam il Pompiere" si rivela molto utile anche per aprire finalmente G. al canto. Se, per gli strumenti musicali, l'utente non aveva mostrato la minima esitazione a sperimentare suoni e improvvisare melodie, al contrario la voce era rimasta in disparte, facendo emergere un lato timido di G. ad ogni invito al canto da parte del musicoterapista. Con la canzone "Sam il Pompiere", G. suona dapprima la batteria, accompagnando chitarra e voce del musicoterapista, poi si aggiunge al canto, fino a diventare la voce solista dell'esecuzione. G. richiede di fare almeno una volta per incontro questo brano, che diventerà così la canzone di saluto.

Negli ultimi incontri, dopo aver visto improvvisazione, teoria musicale ed esecuzione di brani, il musicoterapista propone di registrare in multitraccia con un computer. G. è entusiasta di poter essere l'autore di un brano tutto suo e così, dopo due tentativi andati male, nasce la canzone "La festa dei suoni", dove G. crea delle brevi parti strumentali con diversi strumenti, assemblate grazie al supporto del musicoterapista.

Il percorso musicoterapico ha portato G. ad imparare regole e nozioni musicali e, per farlo, è

riuscito a migliorare la capacità di concentrazione e ad accettare di fare errori, cosa che inizialmente lo infastidiva molto. Si è creato un rapporto di fiducia col musicoterapista e ciò ha permesso, grazie alla musica come canale comunicativo, di fare strada verso l'emotività e verso la verbalizzazione di idee e stati d'animo.

Utente: A.P. - Sesso: M - Età: 9

Nucleo: Aquiloni - Referente: Nicoletta Cressotti

Musicoterapista: Stefano Spaderi

Diagnosi: minore con disagio sociale

Numero incontri: 18

Osservazione e valutazione

A. è una bambina di nove anni che, a causa dei suoi trascorsi familiari, si è chiusa in se stessa a livello emozionale sembra non volersi permettere di essere felice. Ha molta rabbia dentro di sé e ciò a volte si riflette nelle sue azioni e nelle sue parole. Non ha fatto altre esperienze musicali, ma ha frequentato un corso di danza classica. I domini IMTAP scelti per la sua valutazione sono l'ambito emozionale, quello sociale e la musicalità.

Obiettivi specifici

Verbalizzare le emozioni, assimilare le regole in modo sereno.

L'approccio alla musica per A. non è dei più facili: è una bambina che ascolta con attenzione ciò che le si dice e ha già un ottimo spirito critico nel vedere le cose. Nelle prime sessioni, A. sembra non volersi avvicinare troppo agli strumenti, visti come troppo complicati e troppo lontani dalle sue esperienze. Accetta invece di buon grado di ascoltare la musica che il musicoterapista esegue, per poi commentare e fare domande. I primissimi strumenti con cui entra in contatto sono il glockenspiel e lo shaker, ma bisognerà attendere il terzo incontro per avere una vera esplorazione

dello strumentario.

Durante la terza sessione infatti, alla quale si aggiunge anche un'operatrice del suo reparto, A. prende finalmente contatto con luci e colori della stanza Snoezelen e con i suoni di circa venti strumenti musicali. Attraverso giochi di improvvisazione guidata, l'utente mette da parte per un po' la comunicazione verbale, per provare ad interagire solo con la musica. A., che fino a quel momento era titubante sull'esperienza musicoterapica, scioglie ogni dubbio a riguardo e toglie qualche barriera verso le relazioni e l'emotività: inizia a divertirsi maggiormente, a verbalizzare spontaneamente e ad esplorare ogni strumento con attenzione. Probabilmente è questo il momento in cui A. entra maggiormente a contatto con suoni e vibrazioni degli strumenti e dell'ambiente, ponendosi in ascolto totale. Durante il percorso, sono nate altre improvvisazioni musicali, nate sia da spunti verbali, sia partendo da disegni astratti realizzati assieme durante l'incontro.

Il primo strumento che conquista la curiosità dell'utente è il kazoo che, durante il percorso, si rivelerà molto utile come intermediario per arrivare al canto. Una nota bassa prodotta con la melodica ricorda ad A. il suono di una nave in arrivo: da questo spunto nasce l'idea di scrivere e musicare una storia, associando ogni strumento a un personaggio o a una circostanza. Essendo A. un'amante dei racconti fantascientifici, nasce una storia intitolata "L'invasione degli Zombie", dove bastone della pioggia e legnetti riproducono l'ambiente esterno, una scala ascendente eseguita col glockenspiel simula una rampa di scale percorse dal protagonista, le campane tubolari impersonificano una navicella di alieni e tamburi e darbuka annunciano l'arrivo di un esercito di zombie. A., grazie alla stesura di questa storia, si cimenta con la necessità di programmare una trama, decidere testo parlato e strumenti, correggere o cancellare eventuali parti poco soddisfacenti e confrontarsi continuamente col musicoterapista, all'interno di un rapporto paritario. Col passare degli incontri, l'utente dimostra di tollerare maggiormente i suggerimenti del musicoterapista e di riconoscere autonomamente quando qualcosa non va. In questo racconto, come in altri nati in stanza Snoezelen, A. dà prova di molta fantasia e della ricerca di trame mai banali.

Un punto di contatto tra la musica e l'utente è anche nell'ascolto di canzoni sentite per radio durante

l'estate 2016, durante le quali A. si scatena in balli e canti. In questi momenti A. personalizza la configurazione delle luci presenti in stanza Snoezelen, creando una "sala da ballo".

Il percorso musicoterapico con A. è stata un continuo cantiere di idee musicali ma non solo; probabilmente la musica non è stata la vera protagonista, ma solo un mezzo per arrivare ad altri contenuti e per aprire maggiormente l'utente al dialogo.

Utente: M.C.G. - Sesso: F - Età: 15

Nucleo: Alveare - Referente: Nicoletta Cressotti

Musicoterapista: Stefano Spaderi

Diagnosi: minore con disagio sociale

Numero incontri: 18

Osservazione e valutazione

C. viene presentata come una persona immatura e insicura; non conosce bene se stessa e fa molta fatica a fidarsi di una persona e ad aprirsi veramente al dialogo. I domini IMTAP scelti per la sua valutazione sono l'ambito emozionale, quello sociale e la musicalità.

Obiettivi specifici

Migliorare la conoscenza di sé, instaurare un rapporto di fiducia.

L'approccio con la musicoterapia è dei migliori, in quanto C. è molto contenta di iniziare il percorso e di studiare musica; il primo incontro conoscitivo mette in risalto un certo gusto musicale, precisione e delicatezza nell'esecuzione di un'improvvisazione libera con il glockenspiel, sulla base armonica della chitarra del musicoterapista. Dal dialogo successivo emergono molte idee e spunti sulle tante opportunità che il percorso musicoterapico può darle.

Per il secondo incontro chiede ed ottiene una chitarra classica (del centro), portandola in stanza Snoezelen e proponendo al musicoterapista di insegnarle a suonarla. Nonostante i buoni propositi, C. non riesce a seguire sempre con la necessaria attenzione le istruzioni del musicoterapista, né si sforza di riprovare un esercizio apparentemente difficile.

Al terzo incontro, infatti, C. dice di aver cambiato idea e di non riuscire a trovare il tempo e le energie necessarie per affrontare lo studio di uno strumento come la chitarra e di preferire fare dell'altro.

Nelle sessioni successive prendiamo in esame alcuni brani di Laura Pausini scelti da C. Prima li ascoltiamo insieme, poi proviamo ad eseguirli, alternando vari strumenti: principalmente chitarra e voce del musicoterapista accompagnato dal glockenspiel o dalle percussioni dell'utente. Inizialmente C. sorride ed è desiderosa di imparare la parte, ma col passare degli incontri sembra aver paura di suonare, vivendo nel modo sbagliato gli errori e mettendo in discussione le sue capacità - "Non sono capace di fare nulla" – e dal punto di vista vocale non riesce a vincere la sua timidezza, rifiutando sempre di cantare.

Questo momento di insicurezza coincide con un brutto periodo in generale nella vita di C., che prova molta rabbia e tenta di soffocarla nella noia, preferendo l'ozio a qualunque attività; diventa difficile anche convincerla a lasciare il reparto e partecipare alla sessione di musicoterapia, tanto che un incontro salta e nel successivo il musicoterapista si limita a parlare con lei e a riprogettare la rimanente parte del percorso, in modo che sia meno stressante possibile.

La seconda parte del progetto, vede mescolarsi musica e teatro: la musica diventa il sottofondo di storie improvvisate e di viaggi immaginari, alternati a dialoghi su emozioni e stati d'animo. Un incontro è dedicato alla scrittura creativa, partendo da spunti musicali. Queste formule si adattano maggiormente alla personalità di C., che le accetta di buon grado, instaurando un legame di fiducia col musicoterapista.

Negli ultimi incontri, il musicoterapista riporta C. alla musica, facendola entrare nella parte di un compositore e non di un esecutore: C. scrive il testo di un brano, sceglie armonia e melodia e

strumenti. Il musicoterapista adatta ed esegue quando fatto dall'utente, registrando in multitraccia con l'ausilio di un computer e una tastiera midi. L'esperienza risulta più appagante per C. rispetto alla musica suonata in prima persona.

In conclusione, il percorso musicoterapico è stato ricco di proposte e di cambiamenti. C. ha avuto modo di sperimentare molti aspetti della musica: esecuzione, improvvisazione, composizione, accompagnamento, registrazione, ma anche il confine tra musica e teatro. C. in questo modo è riuscita anche ad aprirsi emozionalmente e a guardare dentro di sé.

TERZA PARTE

Conclusioni

Dopo aver presentato il progetto di ricerca si propone qualche ulteriore considerazione conclusiva.

Una prima riflessione viene rivolta alla Stanza Snoezelen che, grazie alla varietà delle stimolazioni sensoriali, ha rappresentato, per il gruppo di musicoterapisti e per gli utenti, un ambiente rassicurante e accogliente in cui svolgere le attività e connotarle in modo unico in relazione ad ogni singolo utente.

La maggior parte dei soggetti ha manifestato interesse verso l'ambiente Snoezelen ed è stato così possibile rendere ancor più efficace l'intervento musicoterapico; anche nel caso in cui gli utenti non manifestassero un particolare gradimento o interesse verso la Stanza è stato possibile adattarla e gestire lo spazio in modo da accoglierli in un ambiente sereno e confortevole.

La ricchezza e la varietà di stimoli presenti in Snoezelen ha contribuito notevolmente a creare un contesto diverso da quello abituale e a far sì che gli utenti potessero immergersi completamente nell'esperienza, vivendola come un momento di libertà espressiva e di sperimentazione. Gli stimoli luminosi sono inoltre stati usati, per alcuni utenti, come espediente ludico, come ulteriore risorsa rispetto a quella musicale o, semplicemente, per fare una pausa durante l'attività musicoterapica.

La seconda considerazione va rivolta all'aspetto vibrazionale, punto focale del progetto presentato per questa edizione del "Premio Palmieri". La possibilità di interagire tramite l'elemento

vibrazionale è stata sperimentata diversamente secondo le patologie degli utenti ed ha messo in evidenza miglioramenti in diverse aree o ambiti, osservati grazie ai rilevamenti effettuati tramite le somministrazioni del Protocollo IMPTAP. Le esperienze più significative di interazione e creatività si sono verificate quando si è utilizzata la vibrazione per mezzo del canto e delle sperimentazioni di tipo melodico-ritmico.

Percepire attentamente dove e come vibra il proprio corpo durante il canto è stata infatti una chiave importante per portare gli utenti a un nuovo livello di conoscenza interiore che, grazie al rapporto di fiducia instaurato, ha permesso un confronto immediato. In altri casi, vibrazioni gravi, come quelle di un tamburo suonato con dei battenti, hanno creato le condizioni ideali per esprimere musicalmente sentimenti come la rabbia.

Non è stato semplice trovare un collegamento tra l'attività musicale e la quantificazione e definizione di dolore, specificatamente ad ogni singolo utente. Per la maggior parte degli utenti si tratta di dolore psicologico, difficile da capire e da investigare. Lo sforzo di ogni musicoterapista è stato innanzitutto di capire l'entità, il tipo e l'origine del dolore di ogni paziente e di creare poi il percorso più adatto.

Confrontarsi con persone affette da gravi disabilità fisiche e psichiche ha inoltre significato per il gruppo di musicoterapisti mettersi continuamente in gioco, sia dal lato professionale che umano.

Questo talvolta ha portato, soprattutto nei casi clinici più severi, a modificare le aspettative rispetto agli obiettivi prefissati all'inizio o a trovare nuove strategie di relazione o di lavoro o addirittura ad essere impossibilitati a portare a termine tutte le sedute per complicazioni di salute da parte di un utente, sorte durante lo svolgimento del progetto.

L'aspetto temporale quindi non ha aiutato in tal senso, ben consci che con un progetto più a lungo termine si sarebbe potuto indagare maggiormente sul rapporto tra l'esperienza musicale ed il dolore, andando ad approfondire inoltre quella relazione umana, mediata dalla musica, determinante nell'approccio musicoterapico.

Un altro aspetto sul quale il gruppo di musicoterapisti si è spesso confrontato è quello della scelta di

gruppi così diversi tra loro: una così ampia eterogeneità nei gruppi di lavoro, assegnati dall'équipe, consente sì di far sperimentare a più utenti, e di diversi nuclei, gli effetti di un intervento musicoterapico ma al contempo allontana il lavoro dal punto di vista dei rilevamenti e di una osservazione complessiva più coerente e attendibile.

Sarebbe per cui auspicabile, anche per i successivi progetti, che i gruppi a cui è indirizzato l'intervento musicoterapico fossero il più omogenei possibile, per quanto riguarda la patologia e l'età, e che venissero assegnati in modo tale che ogni musicoterapista possa osservare quel determinato gruppo attraverso un unico metro di valutazione.

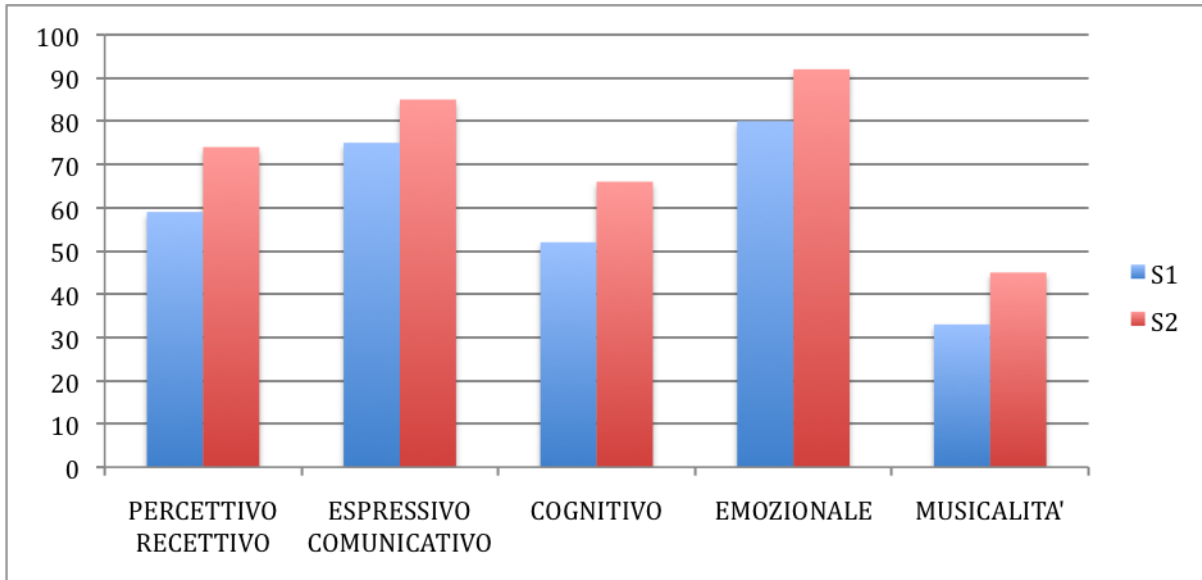
In ultima analisi, per i musicoterapisti questa esperienza è risultata significativa per l'opportunità di sperimentare le attività musicoterapiche in un contesto "raro" in Italia e nuovo per loro, oltre a rappresentare un'opportunità di crescita formativa e professionale.

Per questo è dunque doveroso ringraziare il CERRIS, Centro Educativo Riabilitativo di Ricerca e Intervento, l'équipe di lavoro, le referenti dei nuclei e tutti i collaboratori per la loro disponibilità e professionalità, la Fondazione "Leonardo Palmieri", l'Associazione per lo sviluppo del Metodo Snoezelen Onlus, il Rotary Club Verona, la Fondazione Cattolica Assicurazioni Verona ed il Conservatorio di Musica "Felice Dall'Abaco" Verona.

Appendice Elaborazione dati IMPTAP

Utente: MC.P.
MT: Sara Bertoneri

Grafico riassuntivo ambiti osservati – Protocollo IMTAP

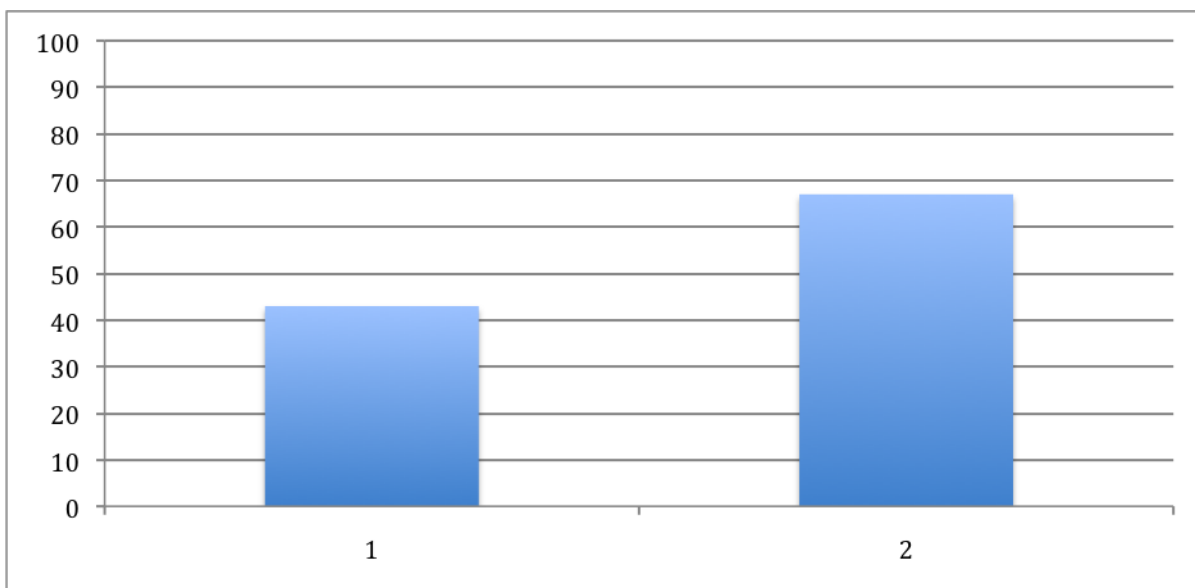
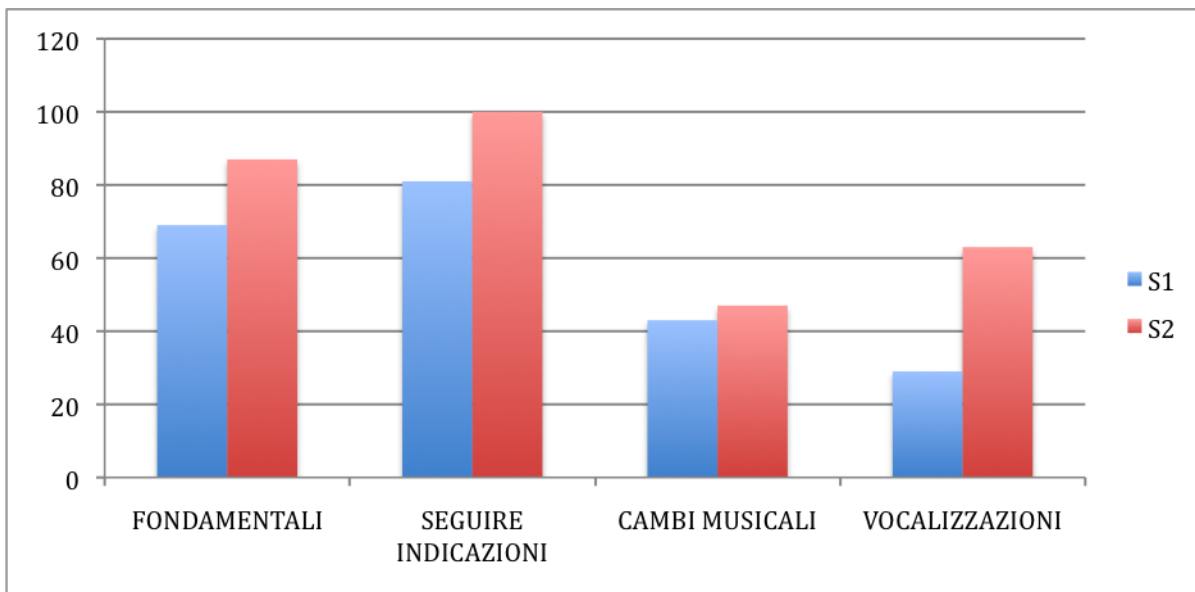


L'andamento delle attività ha visto un incremento qualitativo in tutte le aree osservate, soprattutto per quanto riguarda l'ambito percettivo/recettivo, l'ambito cognitivo e la musicalità.

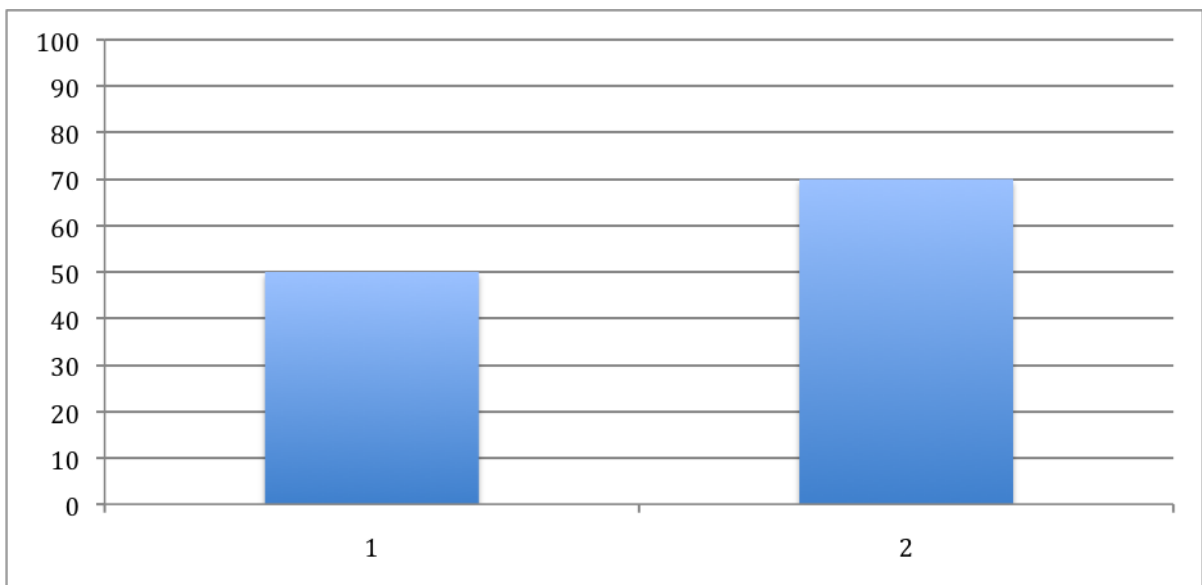
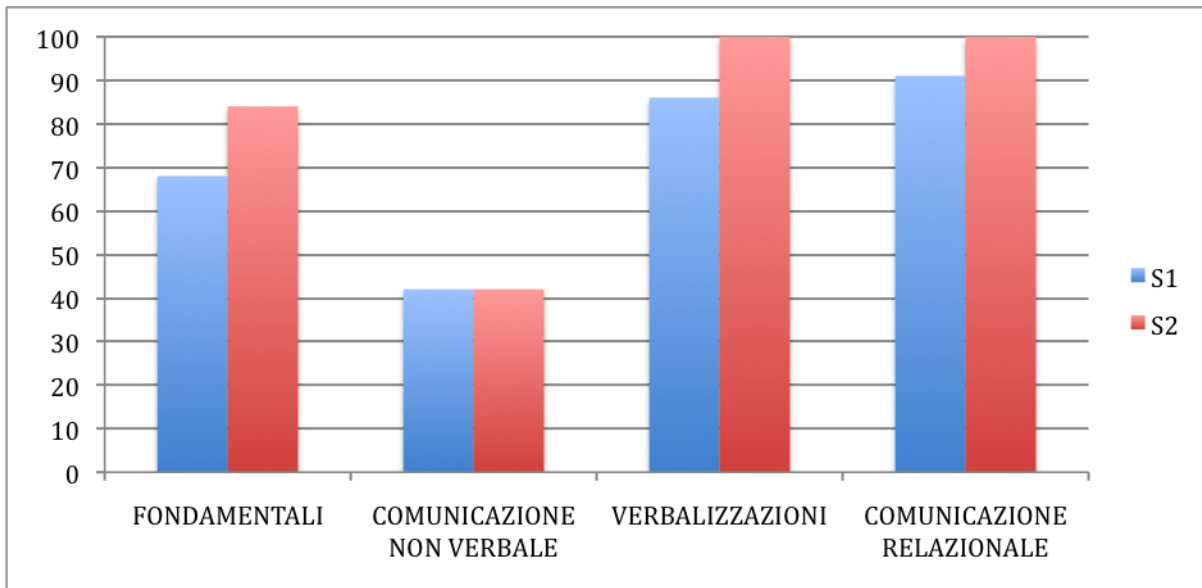
Inerentemente all'ambito percettivo/recettivo MC. ha migliorato le sue esecuzioni, riuscendo ad imitare motivi musicali e ritmici di semplice e media difficoltà; ha dimostrato sempre più consapevolezza dei cambiamenti metrici e di quelli legati all'intensità/modalità.

Dal punto di vista cognitivo e musicale è aumentato il livello attentivo e la consapevolezza delle sue competenze musicali, grazie all'apprendimento di una notazione non-convenzionale e all'esecuzione sistematica dei brani proposti durante le attività. Anche la memoria a lungo termine è notevolmente migliorata. Infine nella sfera emozionale si è verificata una notevole riduzione delle esternazioni di scarsa autostima e dei momenti di ansia che caratterizzavano il primo periodo del percorso.

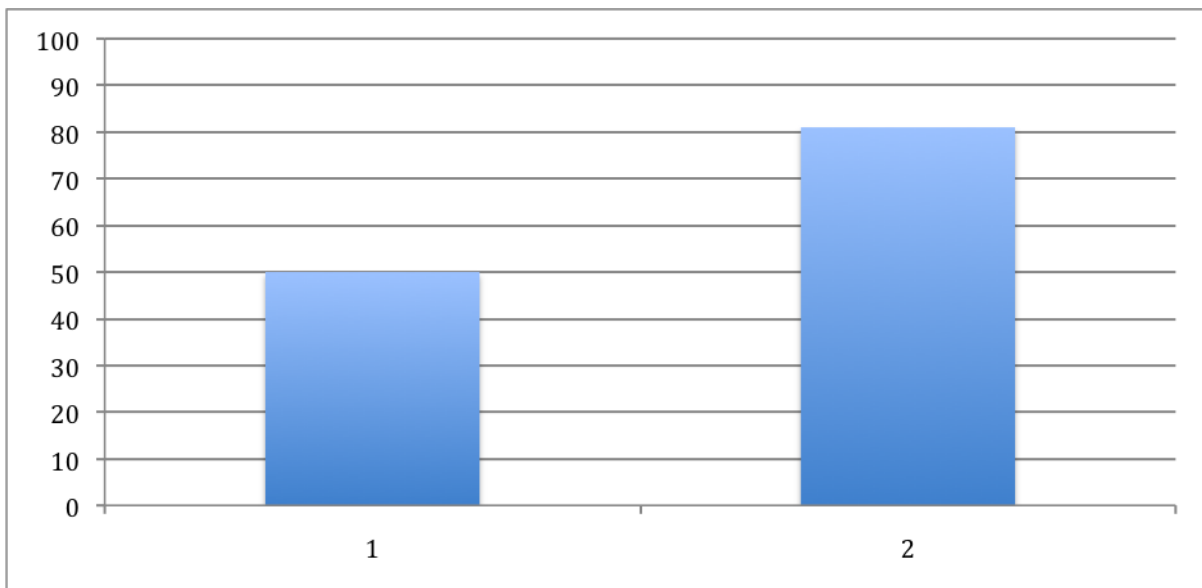
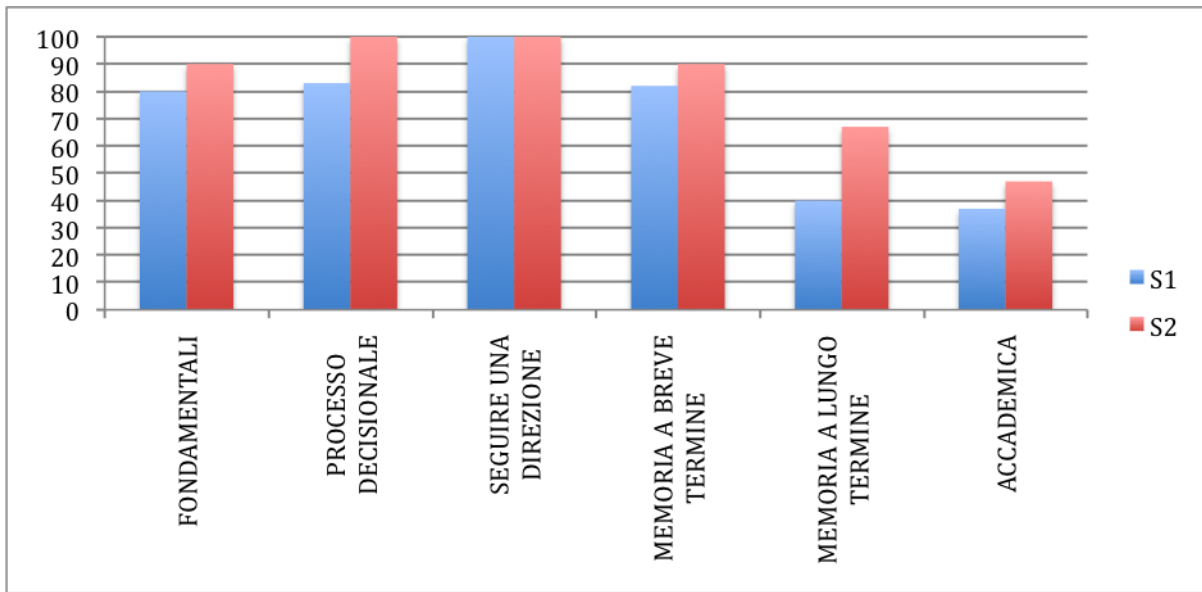
Ambito percettivo recettivo



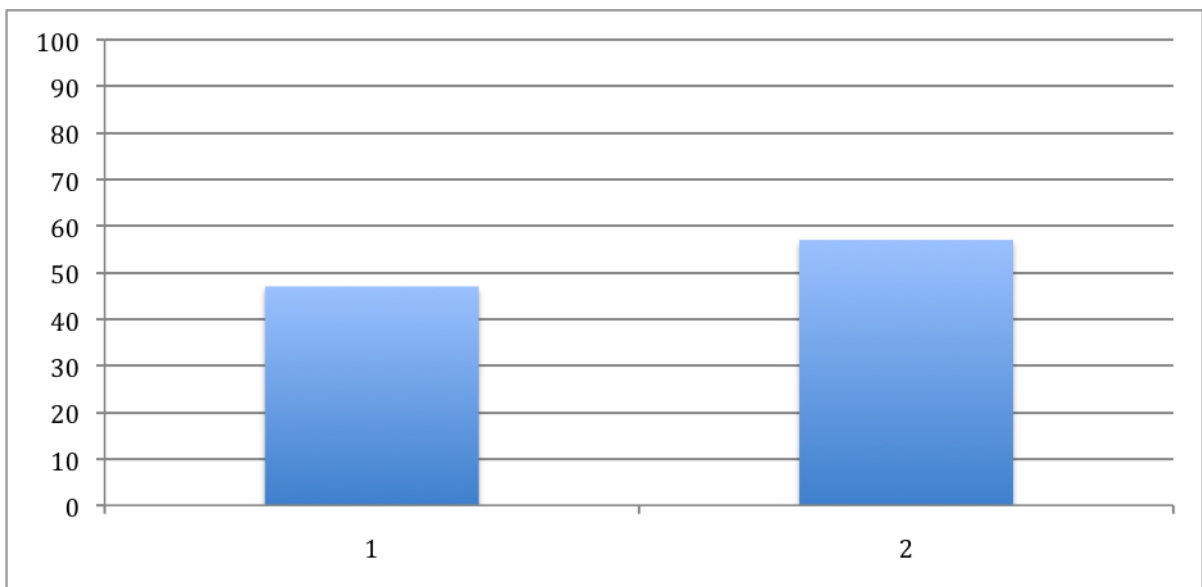
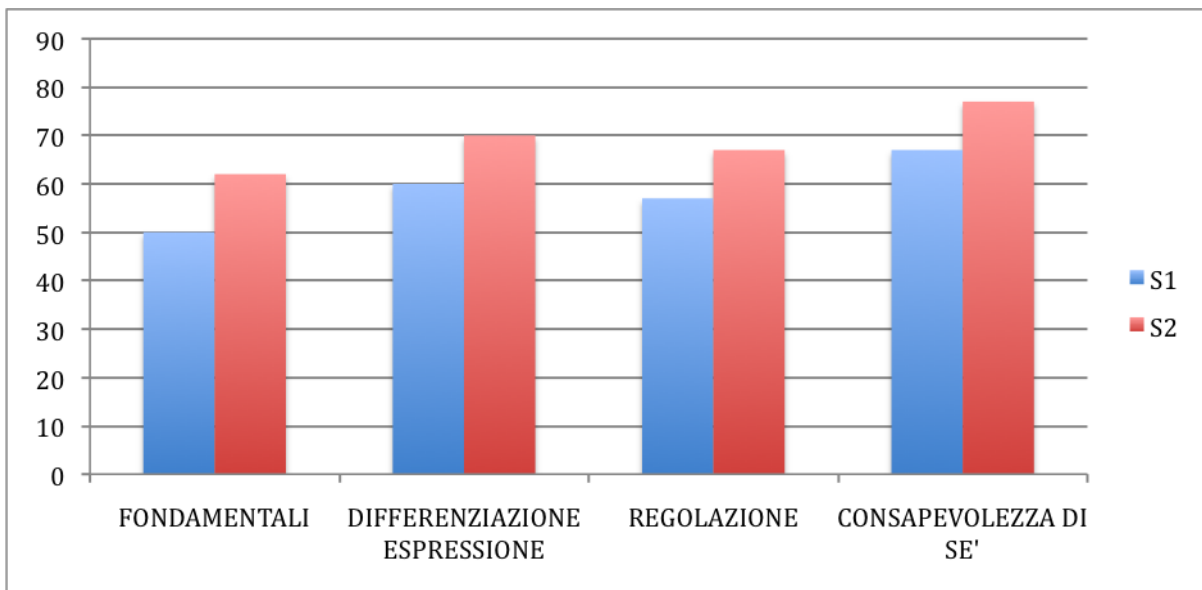
Ambito espressivo comunicativo



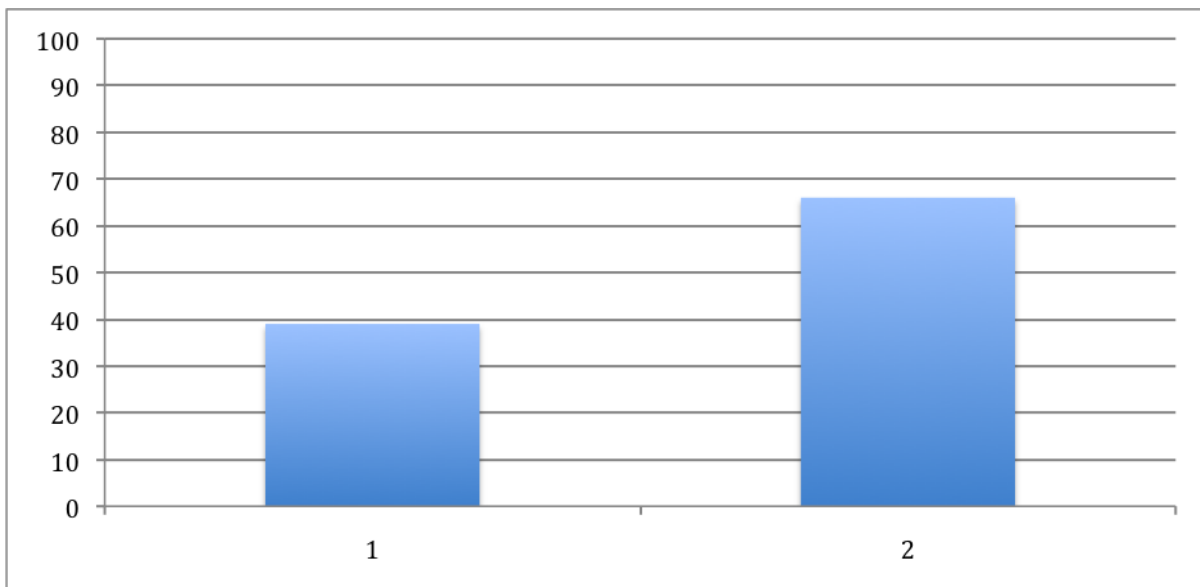
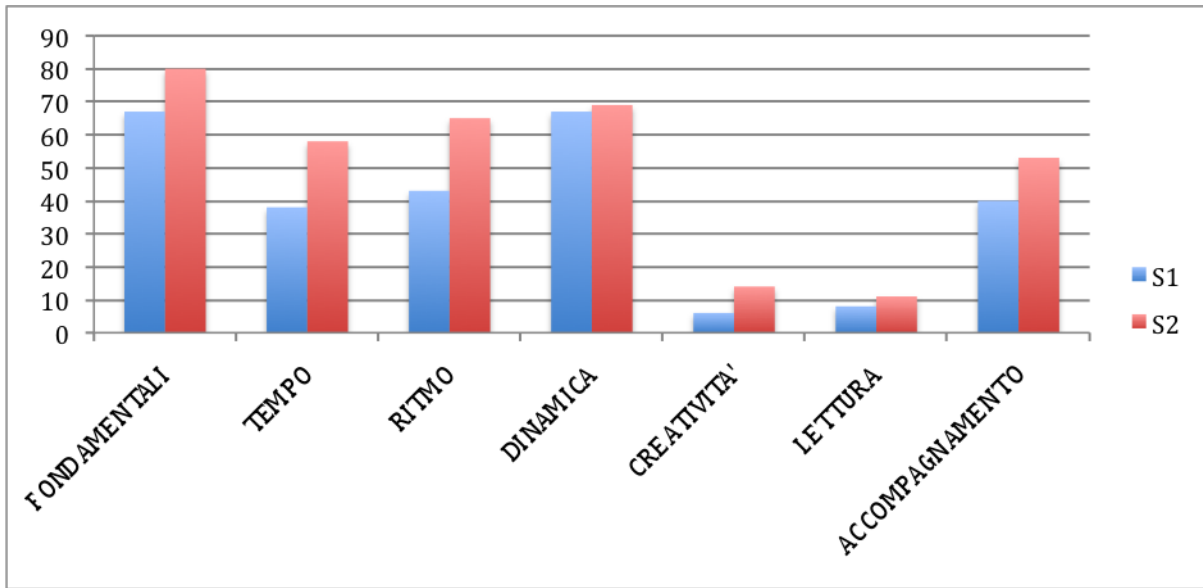
Ambito cognitivo



Ambito emozionale

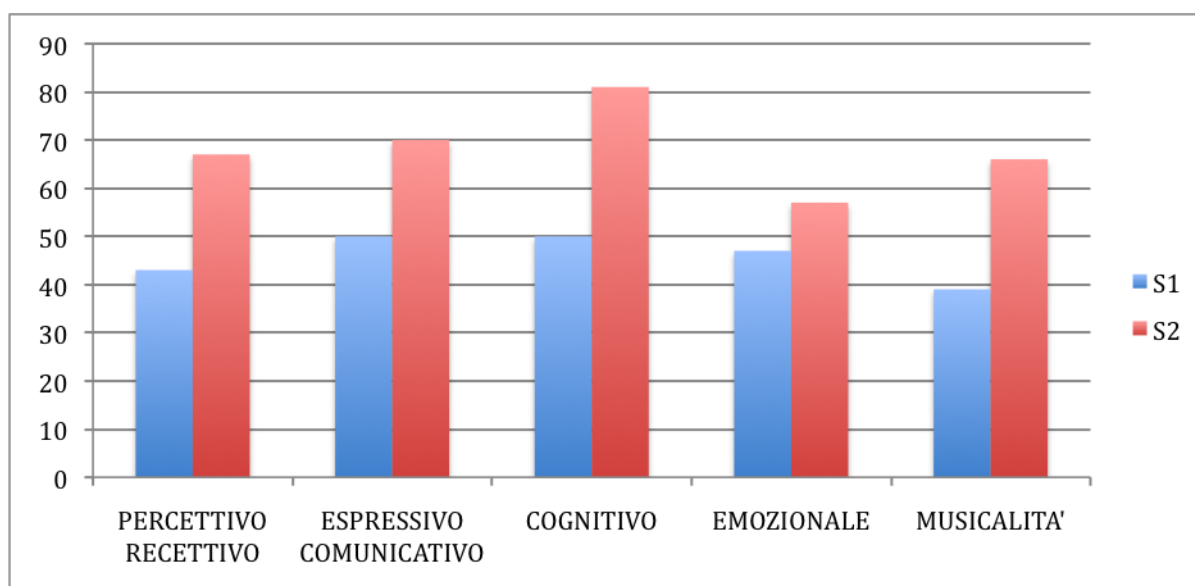


Musicalità



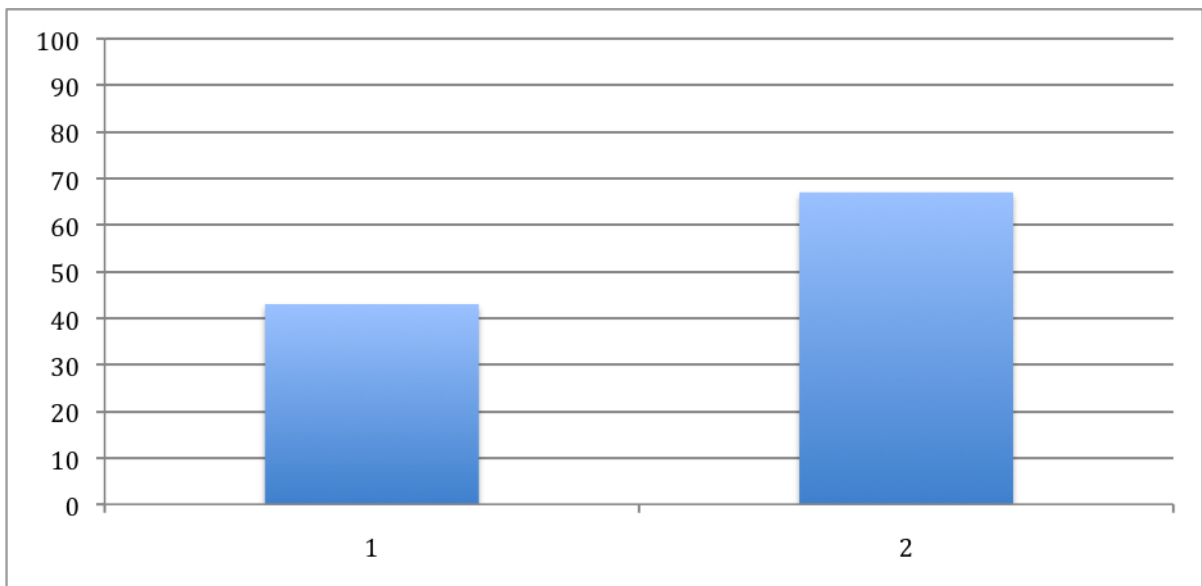
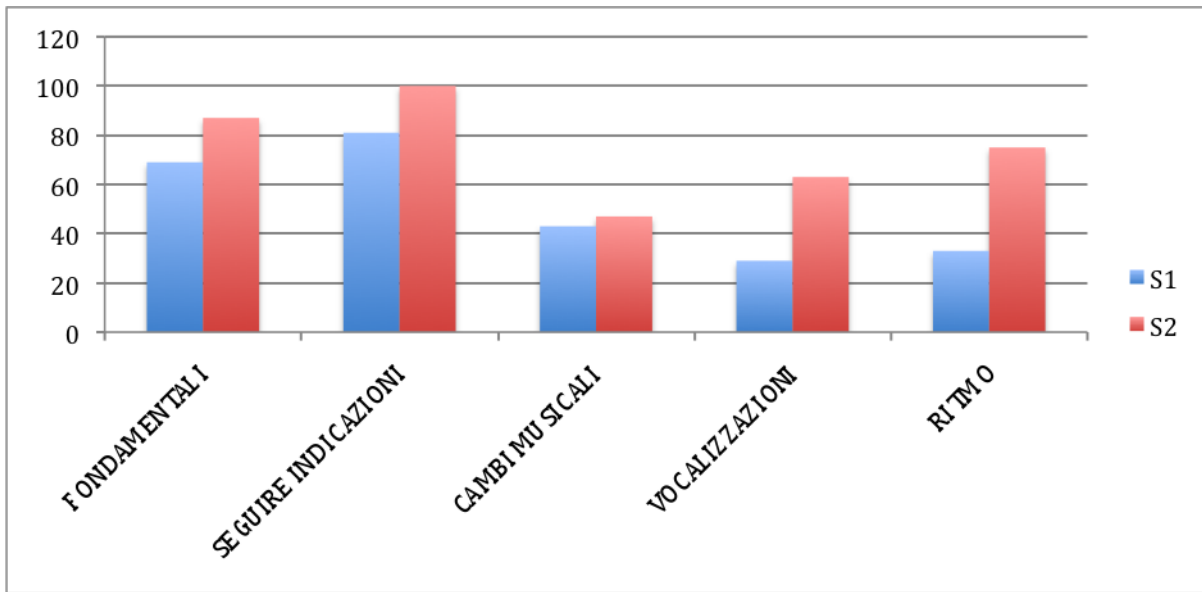
Utente: G.Z.
MT: Sara Bertoneri

Grafico riassuntivo ambiti osservati – Protocollo IMTAP

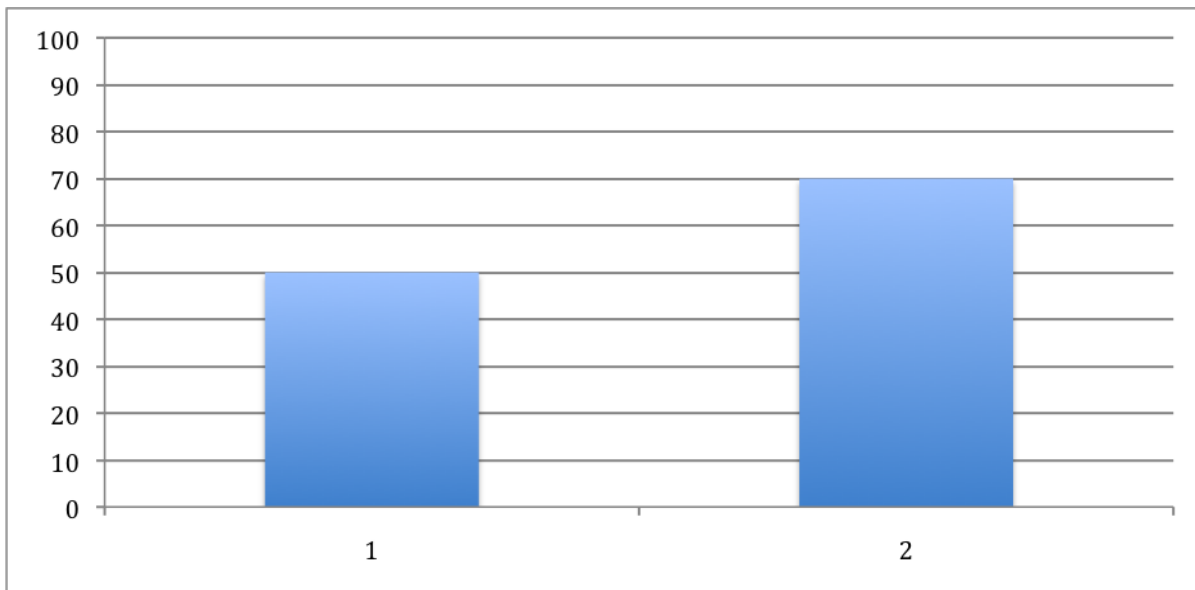
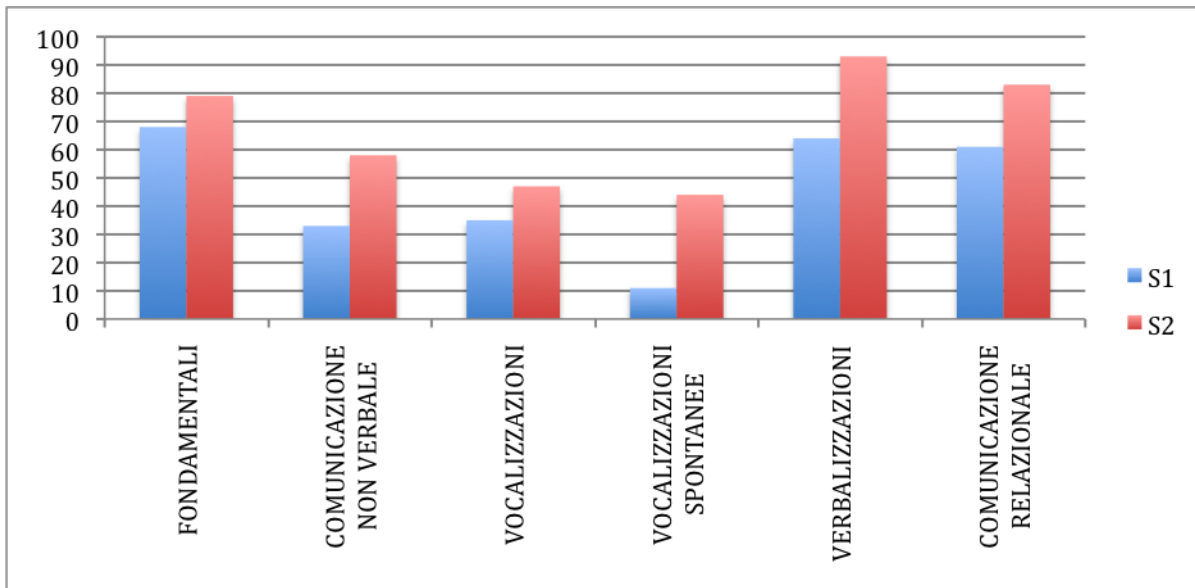


Durante il percorso c'è stato un notevole incremento in tutte le aree scelte in sede di valutazione. L'utente ha migliorato la sua capacità espressiva attraverso il canto ed è riuscito a concentrare la sua attenzione anche sull'accompagnamento musicale che, inizialmente, era quasi del tutto assente. Anche per la memoria a lungo termine si sono rilevati dei miglioramenti legati all'apprendimento dei testi dei brani e all'esecuzione di tipo ritmico. Si sono ridotte infine le domande e le frasi ossessive che G. formulava all'inizio degli incontri.

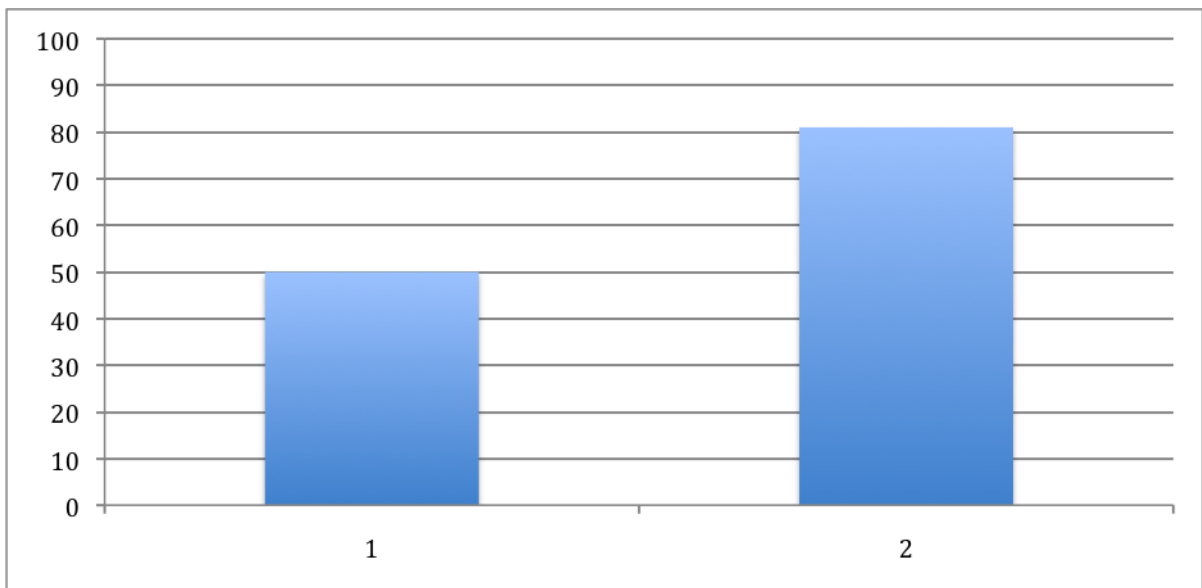
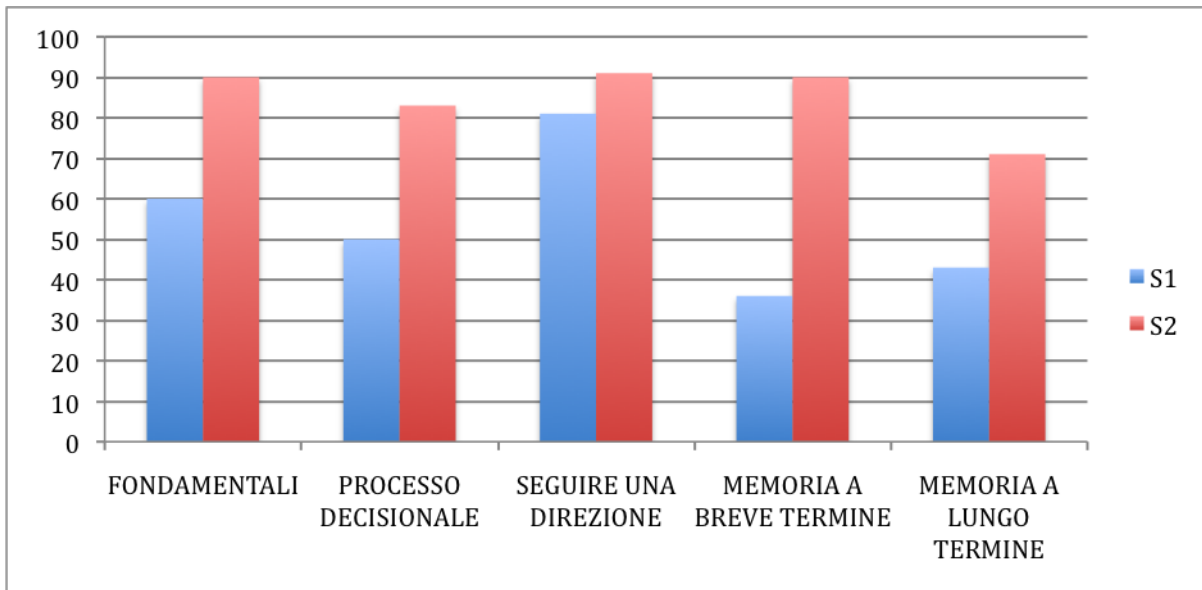
Ambito percettivo recettivo



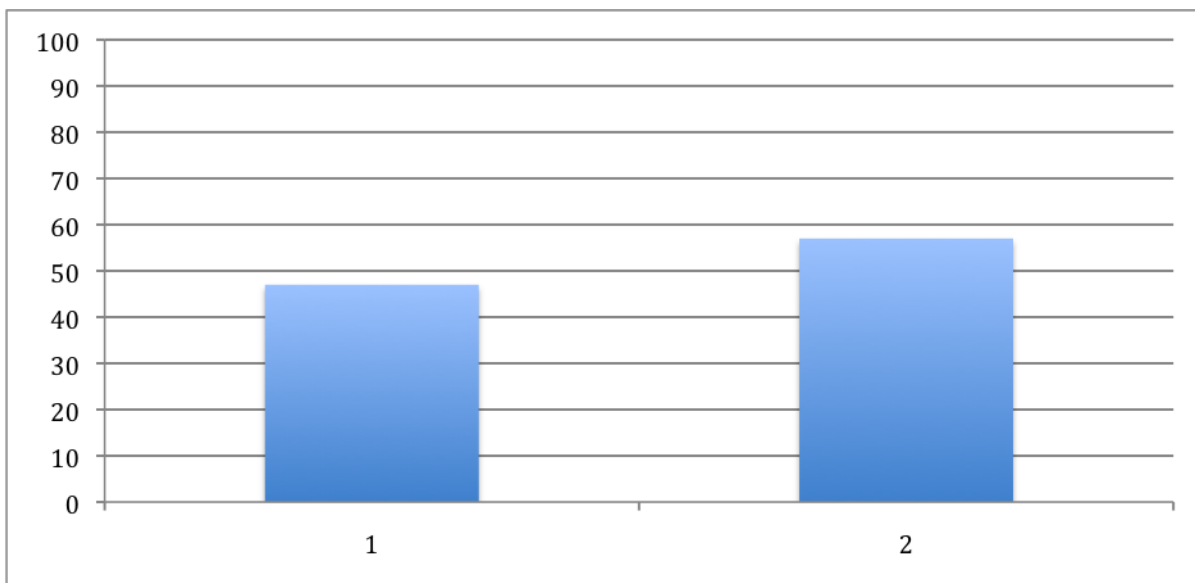
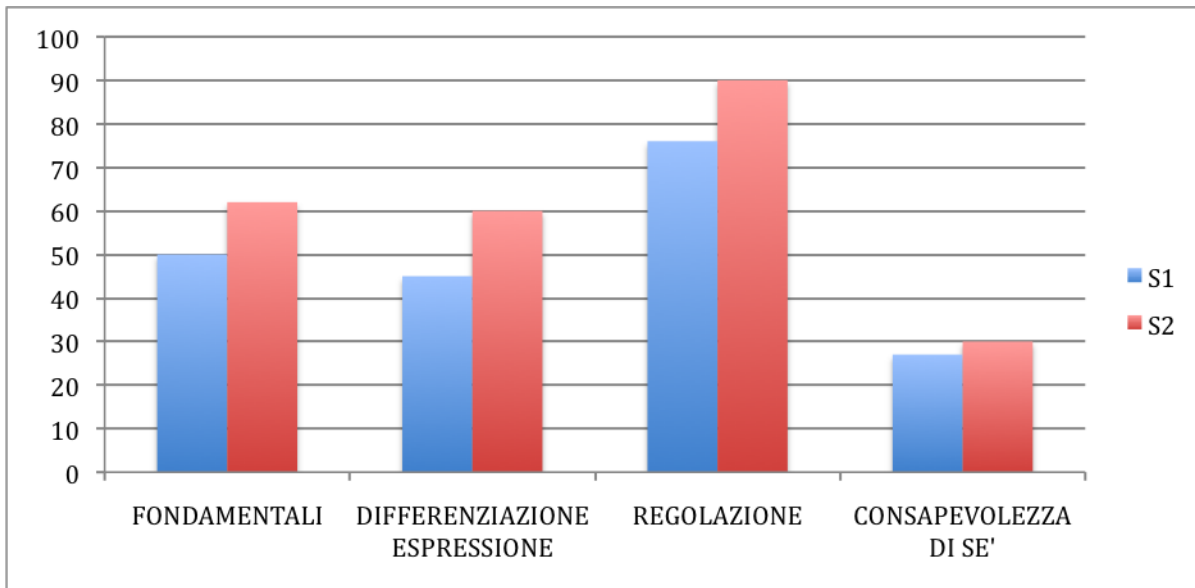
Ambito espressivo comunicativo



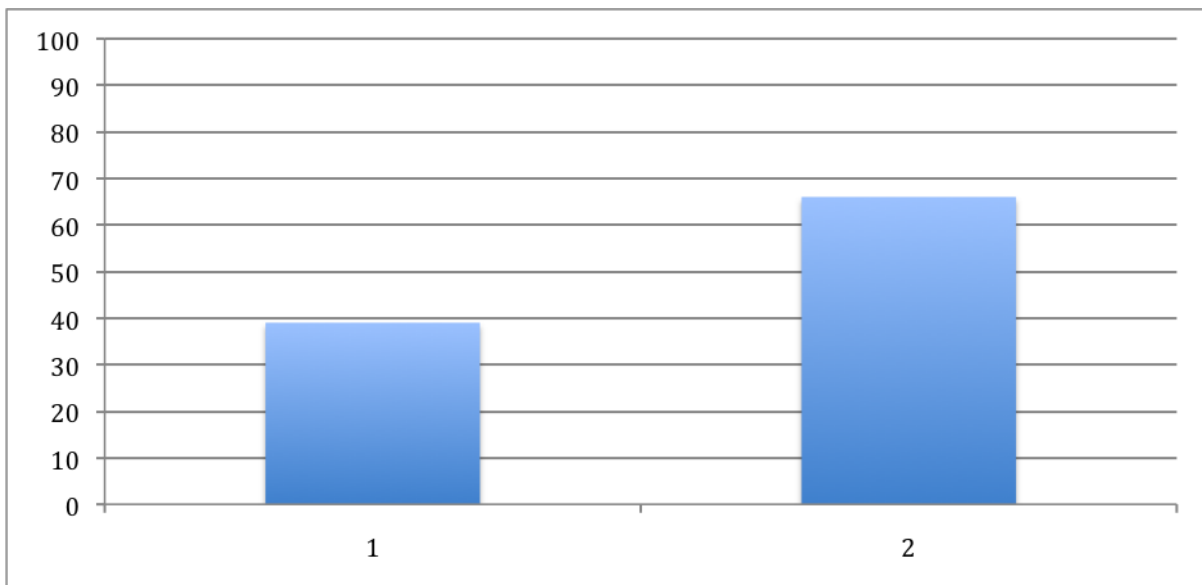
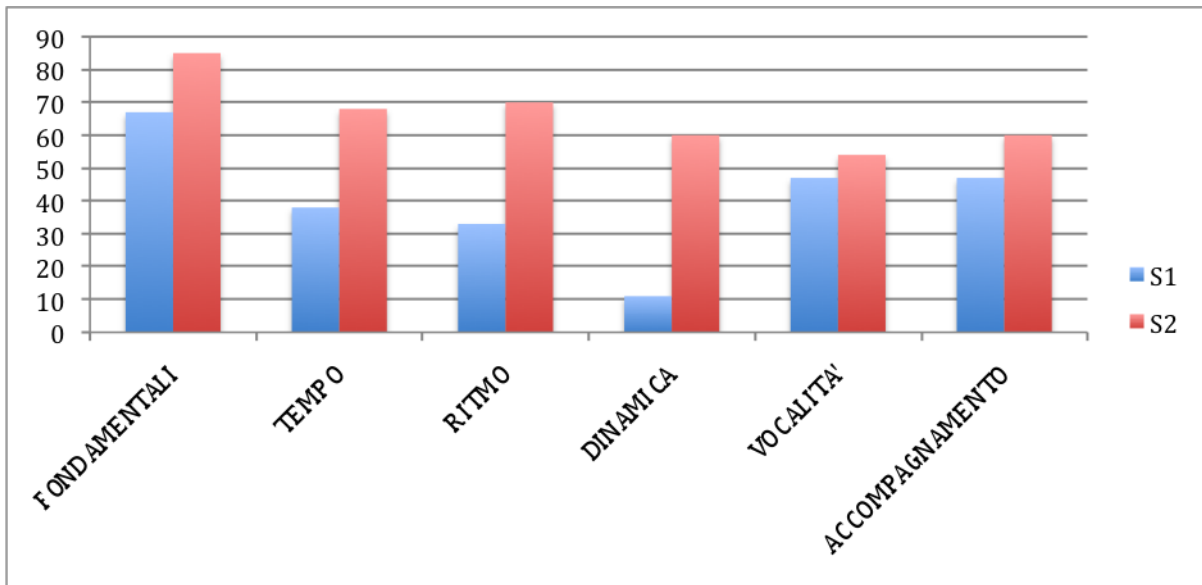
Ambito cognitivo



Ambito emozionale

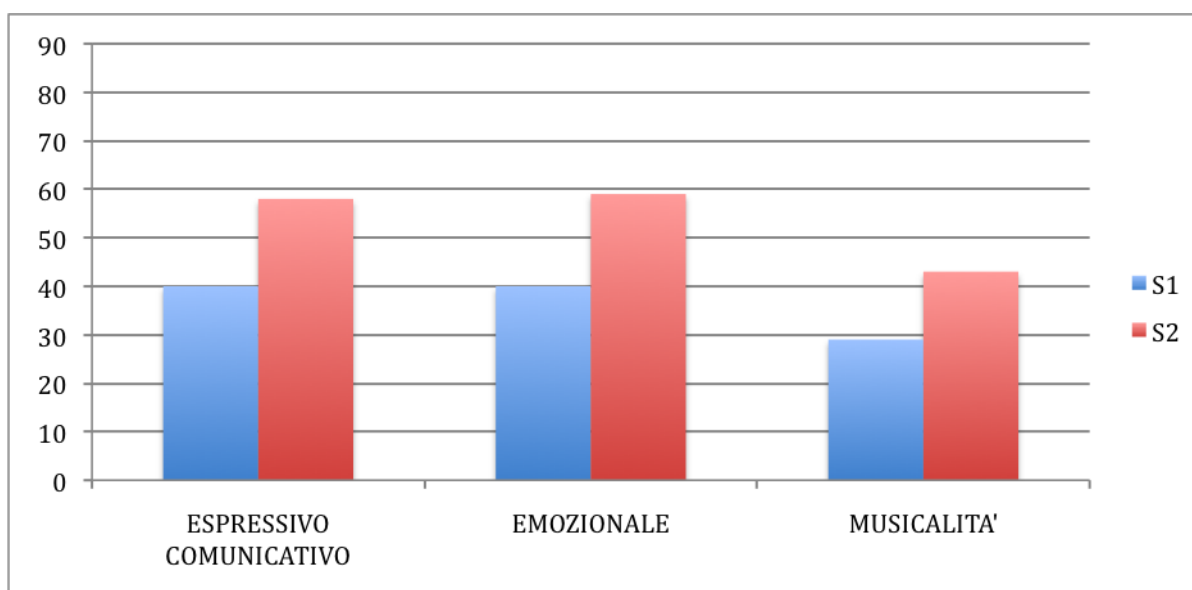


Musicalità



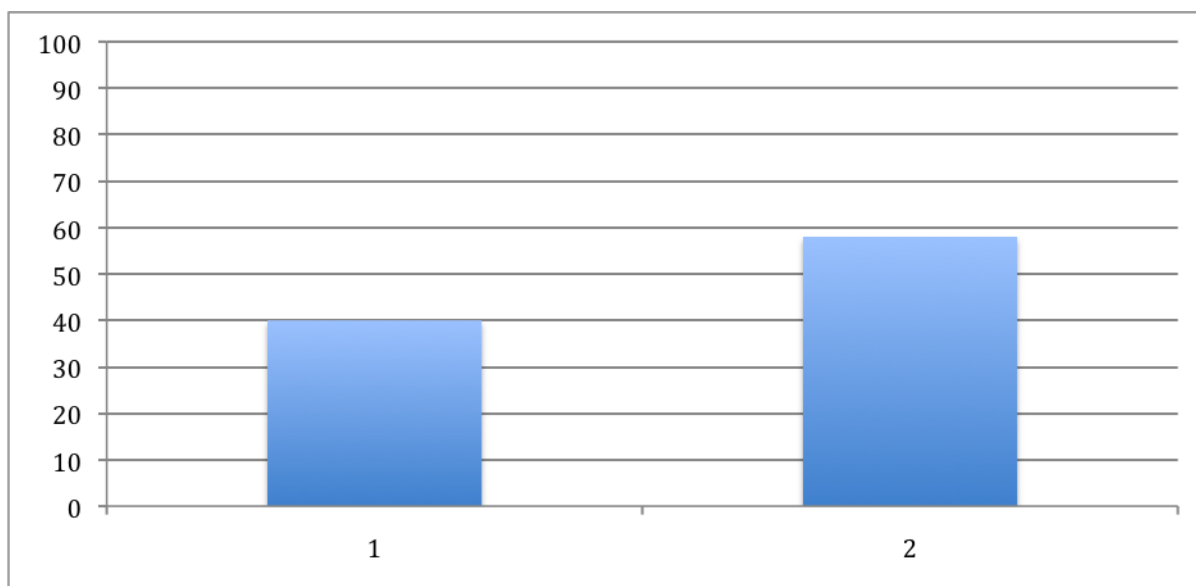
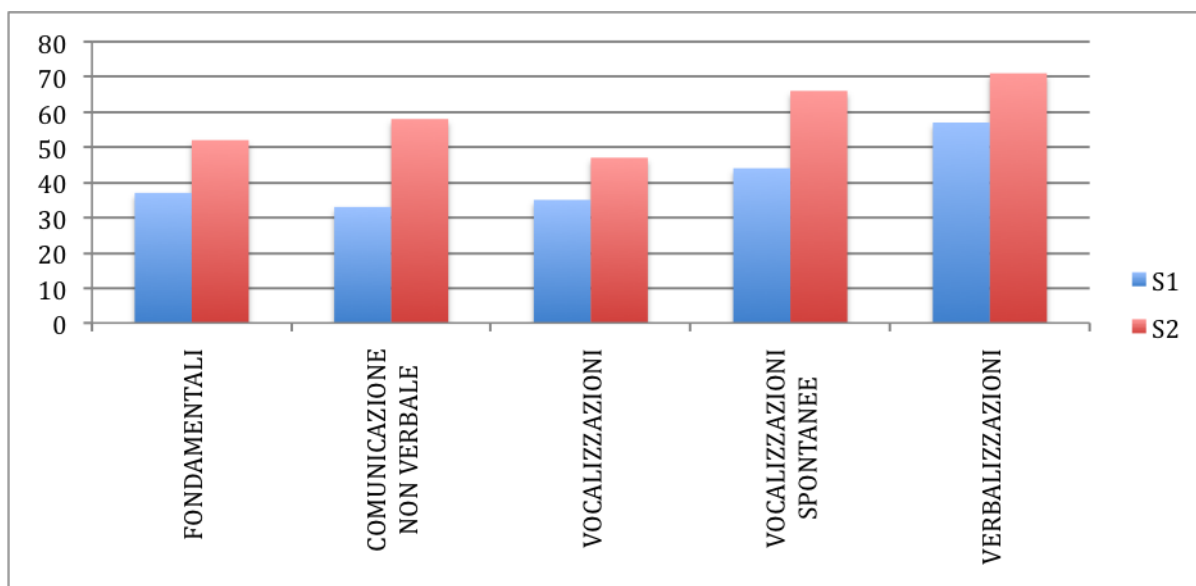
Utente: M.R.
MT: Priscilla Menini

Grafico riassuntivo ambiti osservati – Protocollo IMTAP

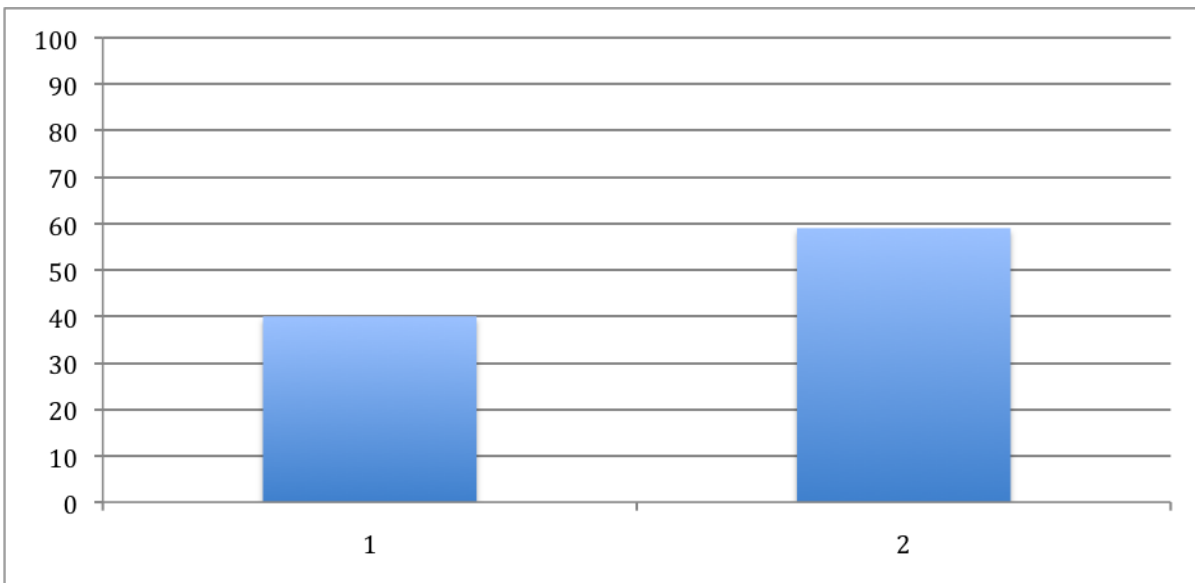
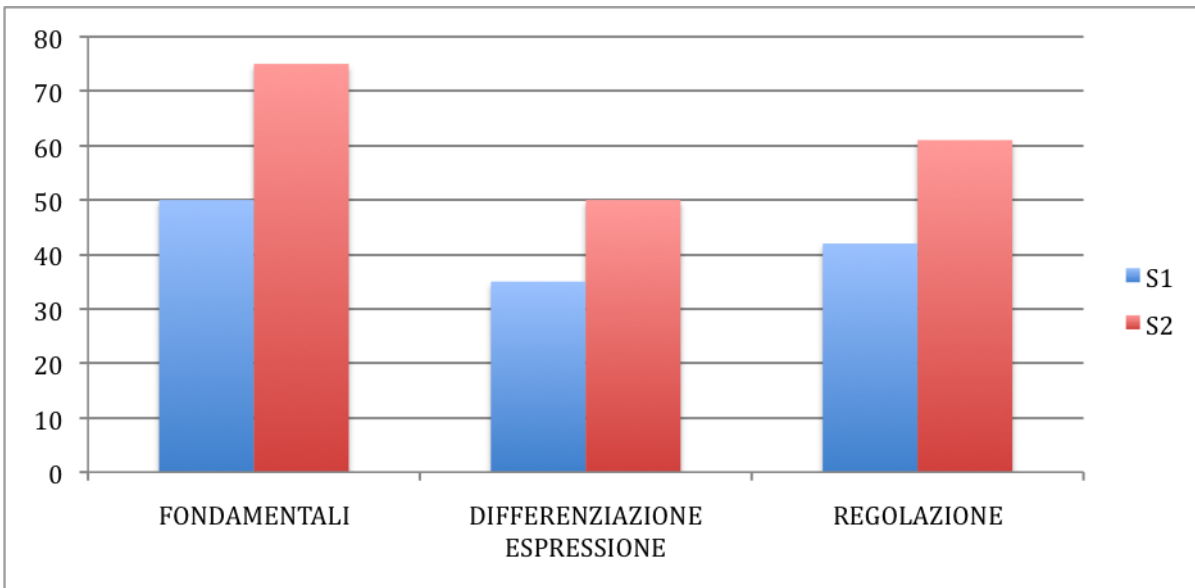


Come si può osservare dai grafici, l'utente ha mostrato significativi cambiamenti nelle aree considerate. Prende il primo posto l'ambito emozionale con una percentuale di crescita maggiore rispetto agli altri ambiti, a seguire quello espressivo/comunicativo e per chiudere quello della musicalità. E' chiaro che per R. la musica è il mezzo reale in grado di renderla più serena, tranquilla e rilassata.

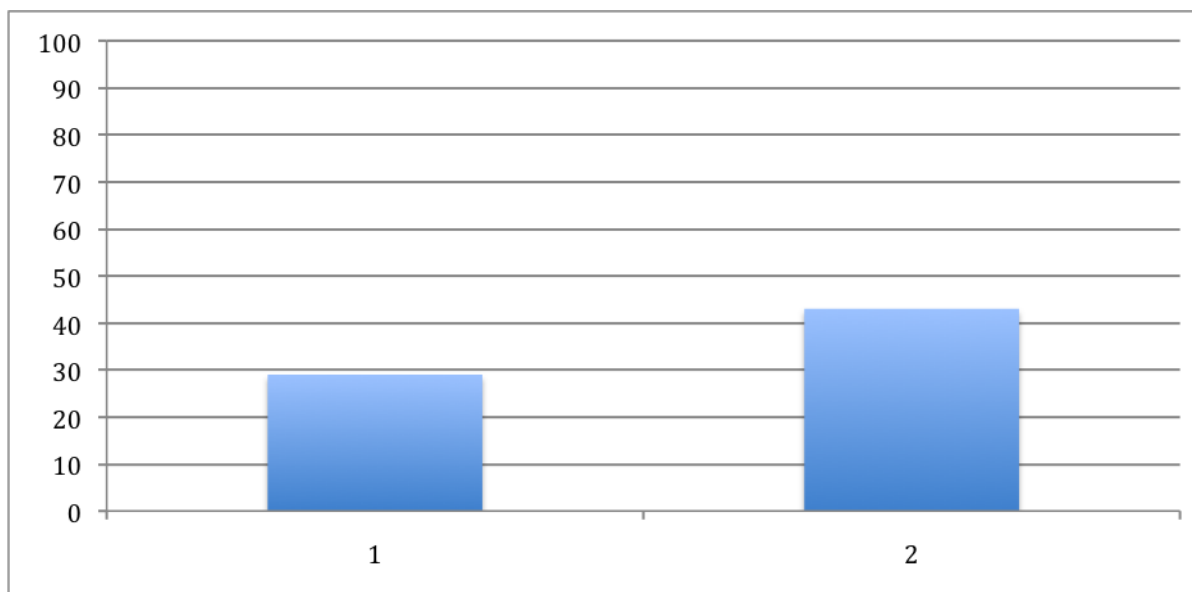
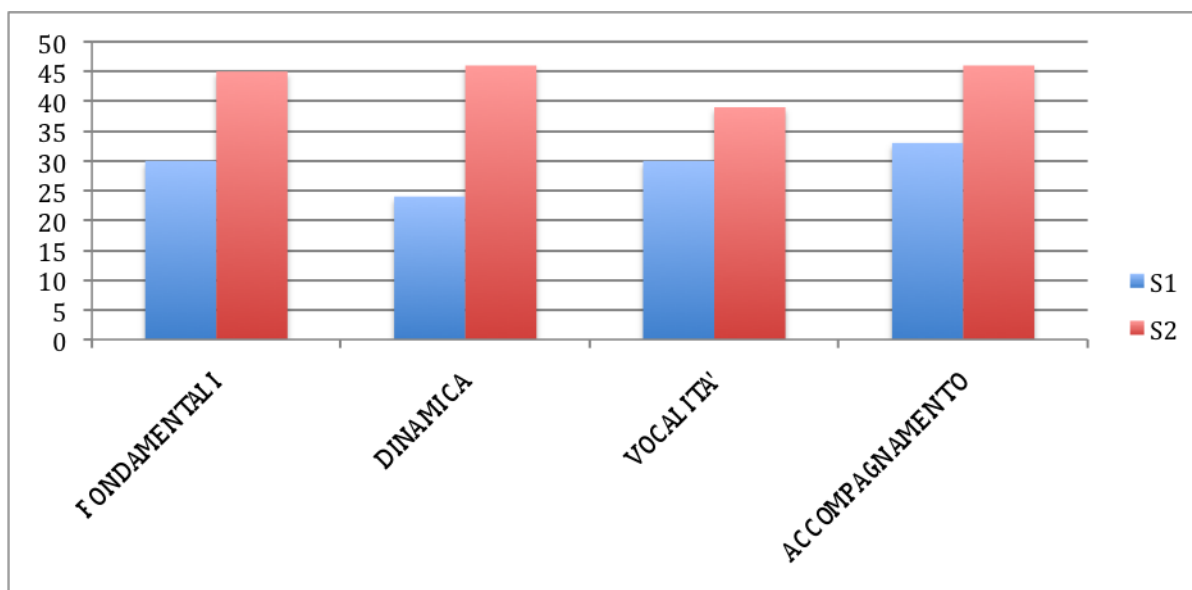
Ambito espressivo comunicativo



Ambito emozionale

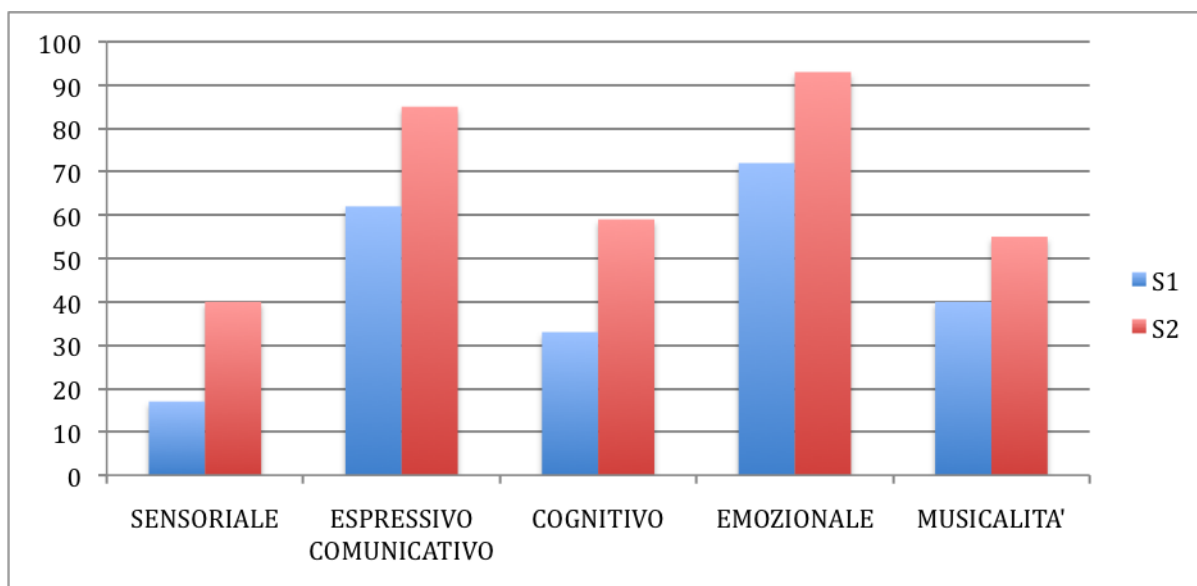


Musicalità



Utente: B.S.
MT: Priscilla Menini

Grafico riassuntivo ambiti osservati – Protocollo IMTAP

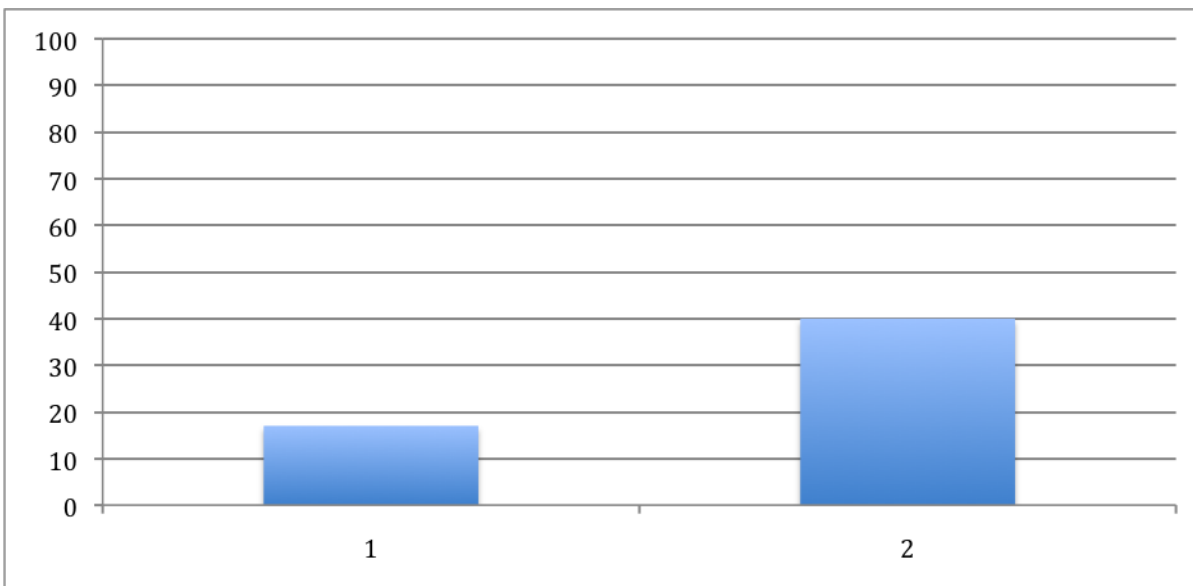
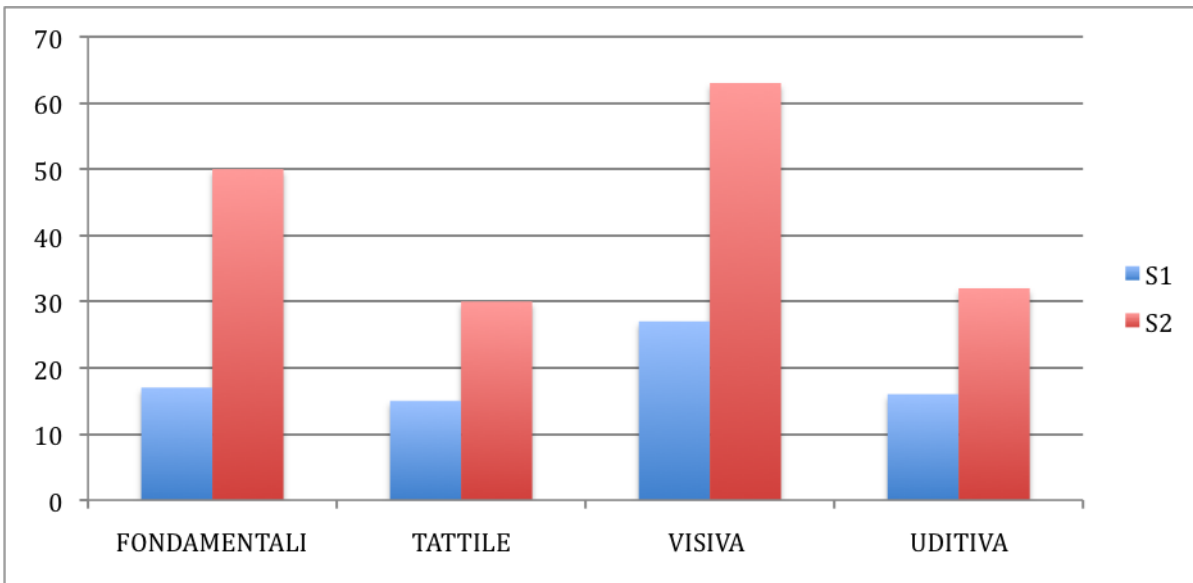


L'osservazione dei grafici riporta un incremento, tra prima e seconda somministrazione del protocollo, delle percentuali delle aree prese in considerazione.

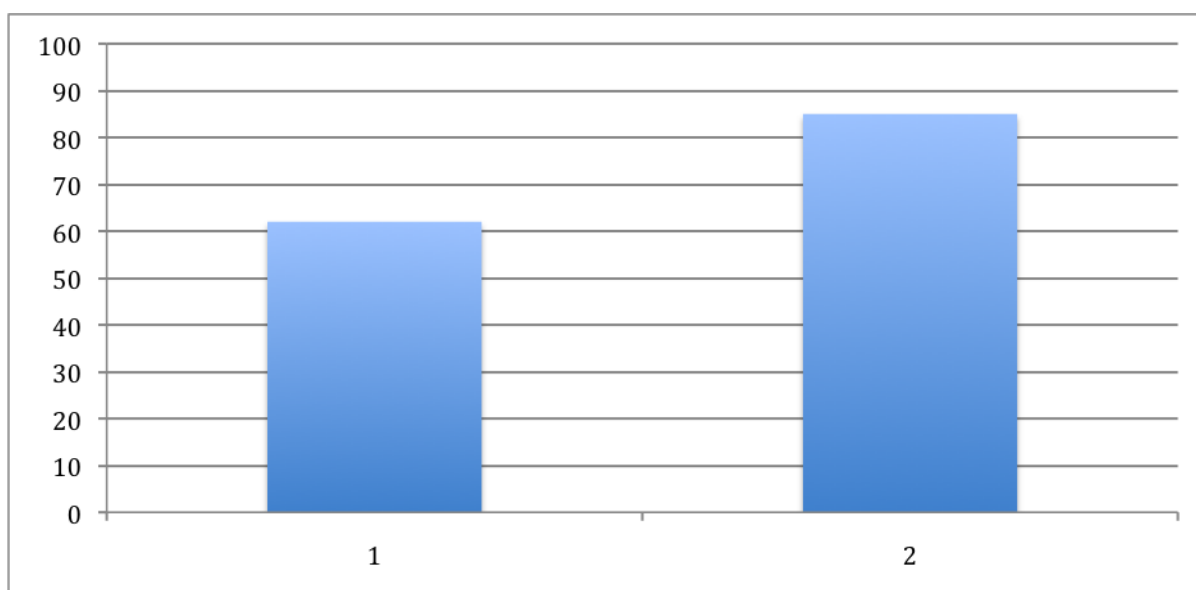
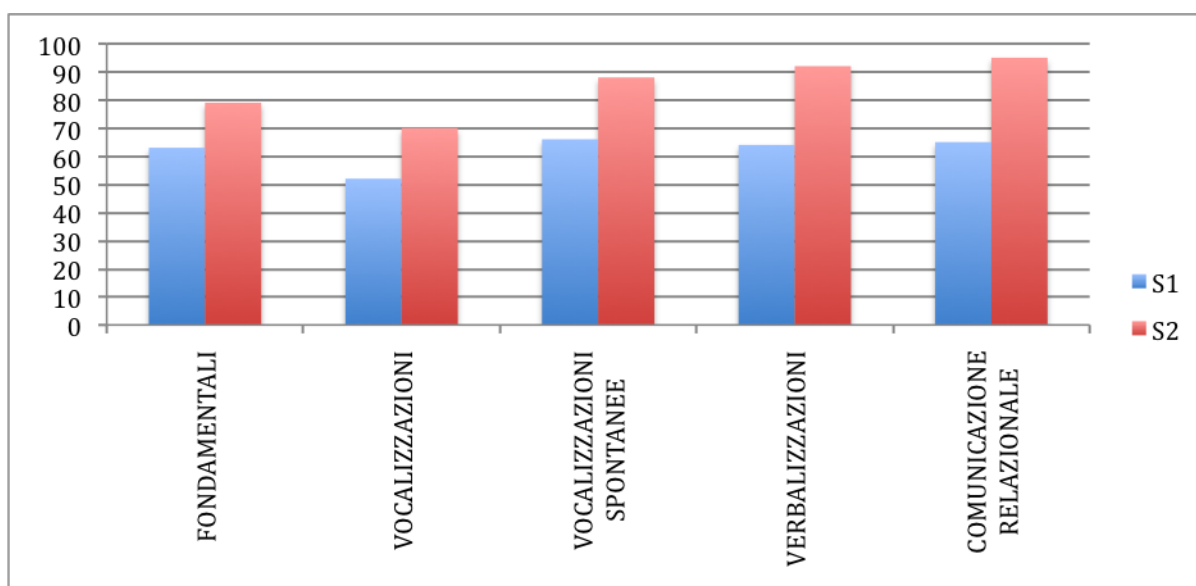
In particolar modo l'aspetto cognitivo, per quanto riguarda l'utilizzo della memoria e il miglioramento di essa, assume un importante ruolo insieme alla gestione delle proprie emozioni e consapevolezza di sé, nel percorso musicoterapico seguito da S.

Nell'ambito sensoriale la crescita della percentuale riguardante il tatto prevarica sugli altri sensi poiché S. impara a gestire e migliorare questo aspetto.

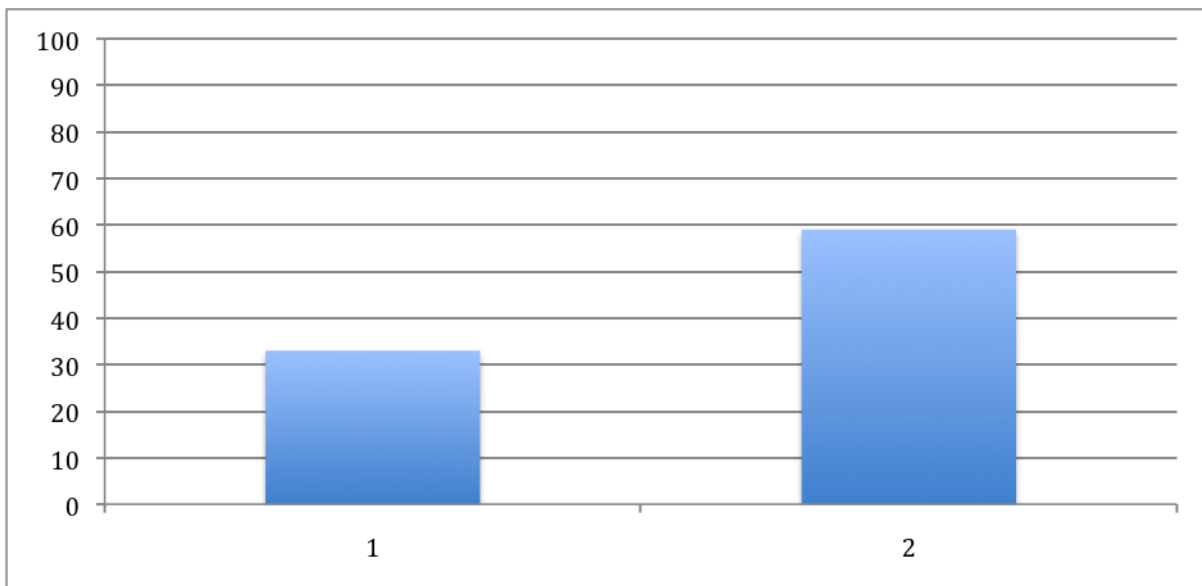
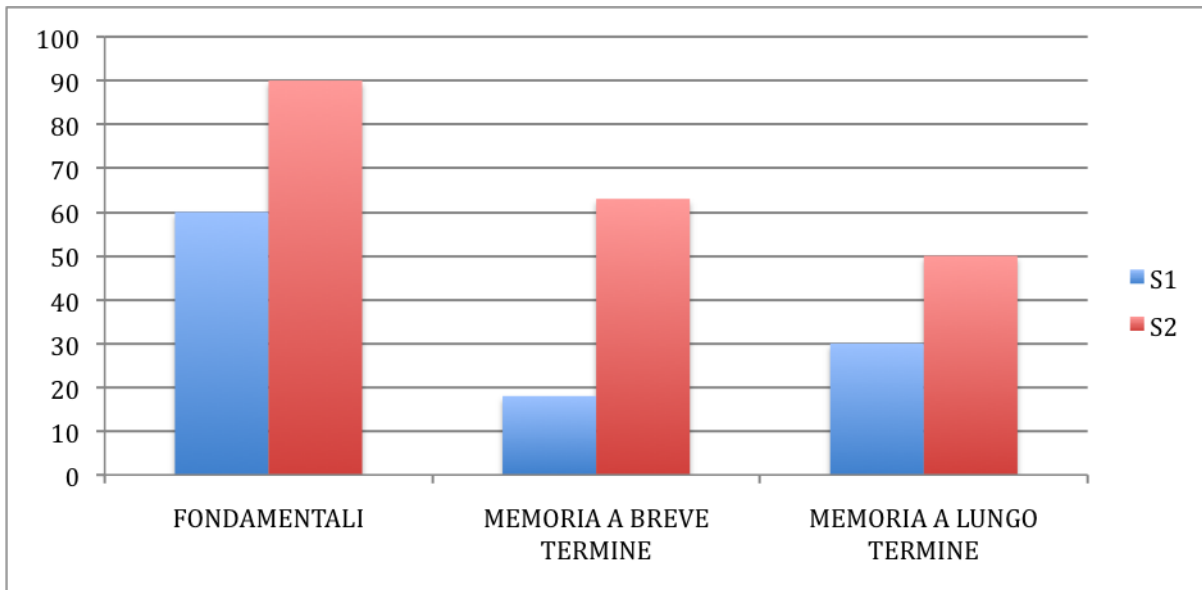
Ambito sensoriale



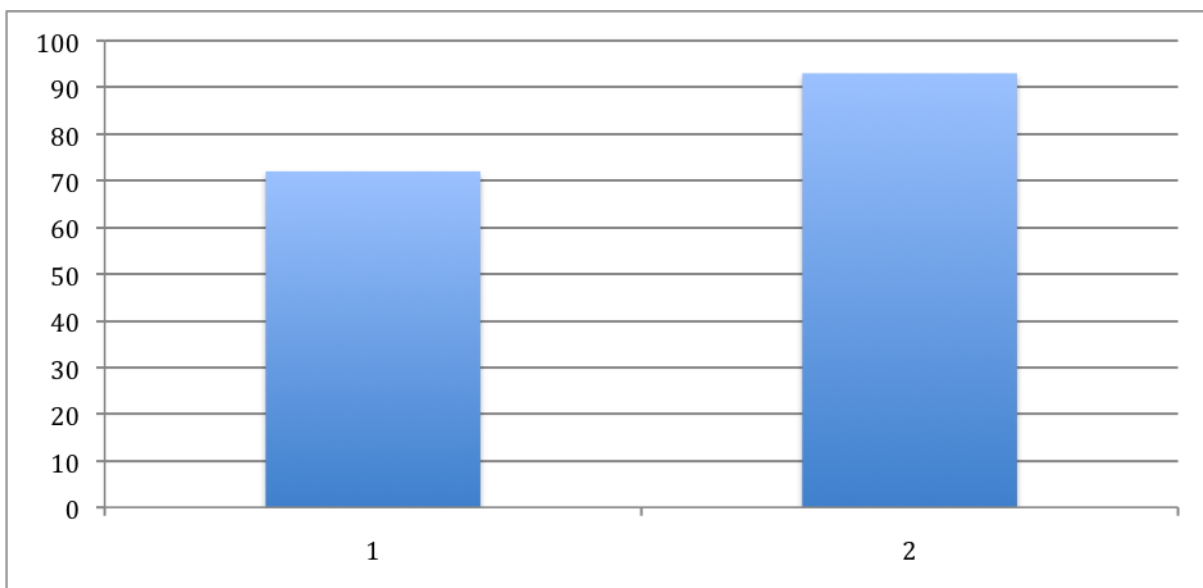
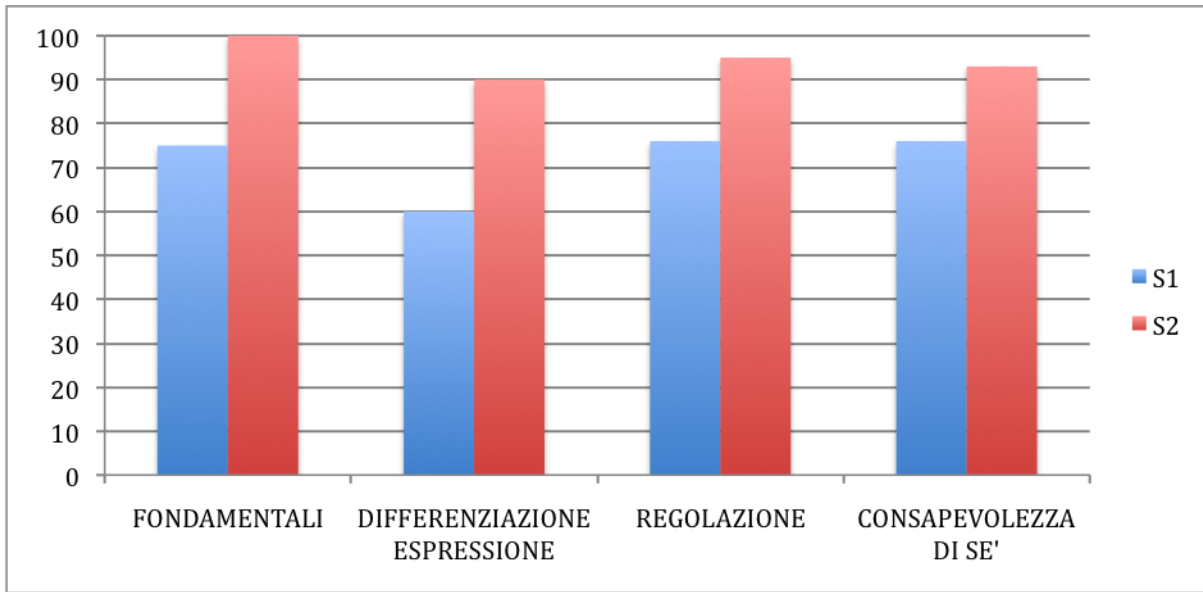
Ambito espressivo comunicativo



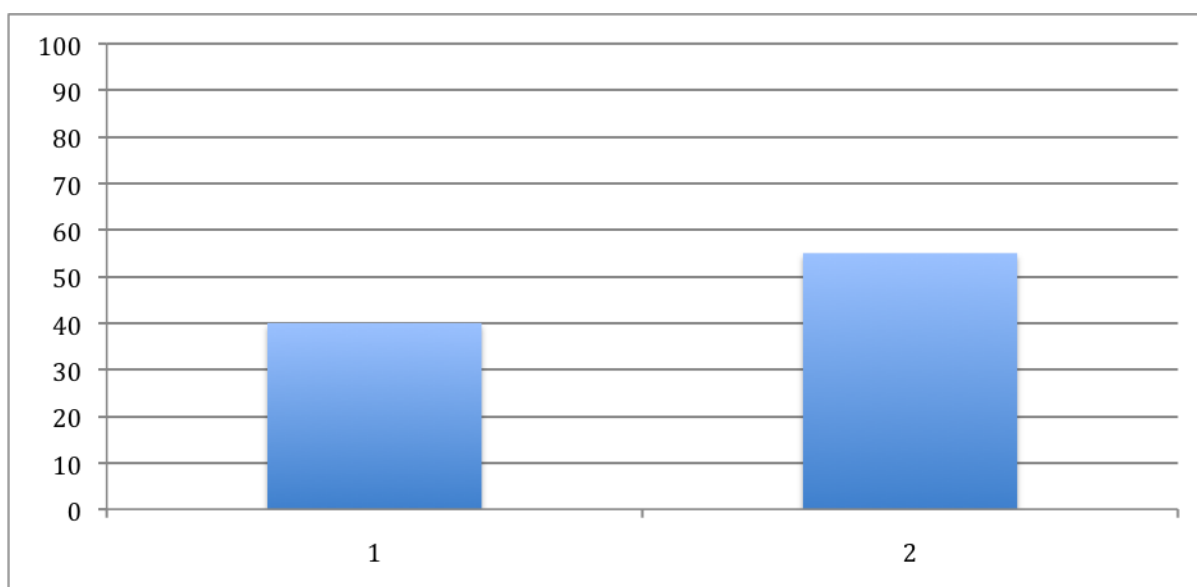
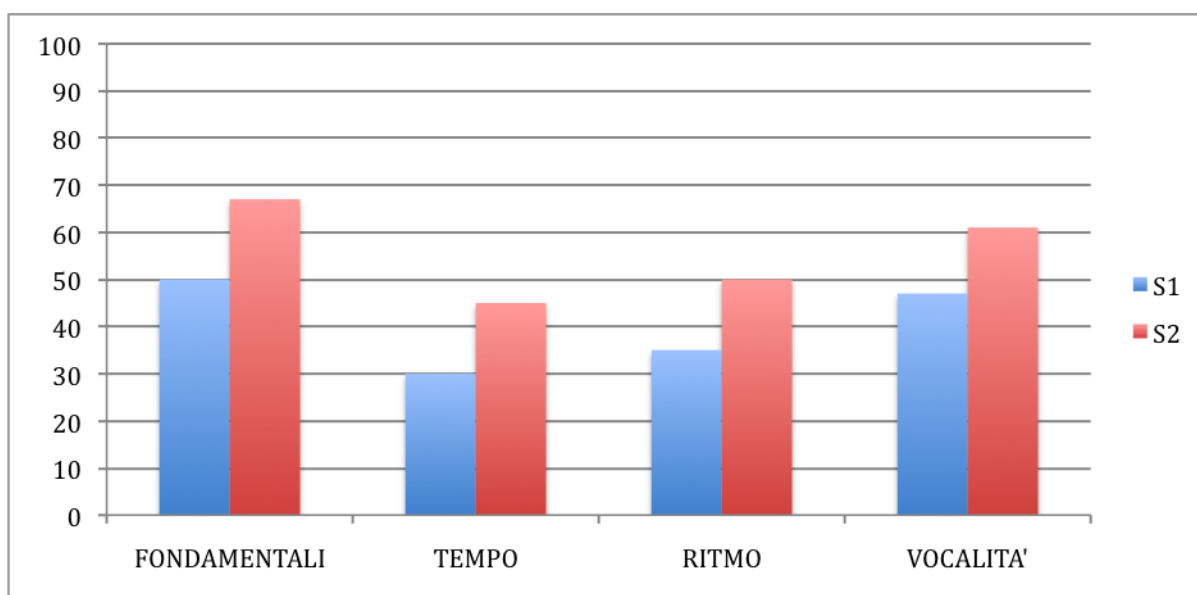
Ambito cognitivo



Ambito emozionale

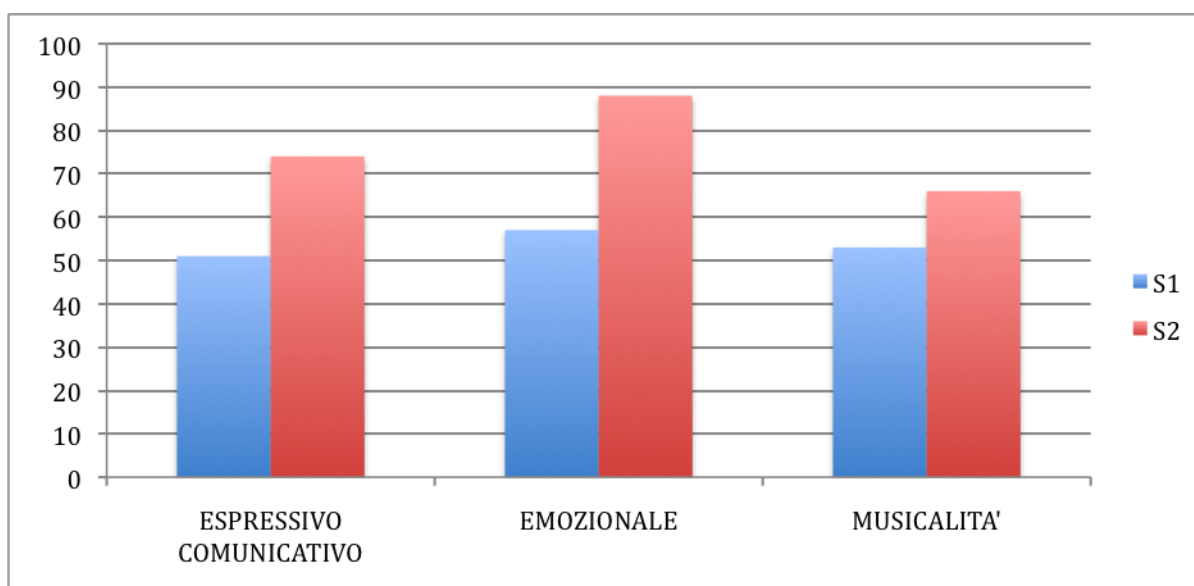


Musicalità



Utente: F. G.
MT: Priscilla Menini

Grafico riassuntivo ambiti osservati – Protocollo IMTAP

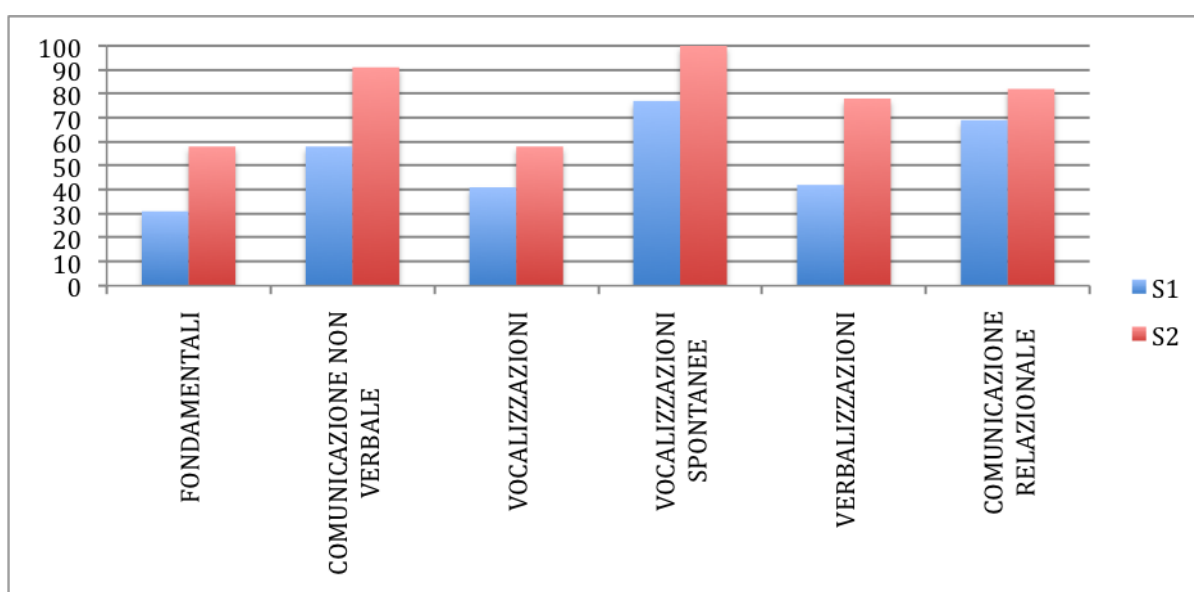


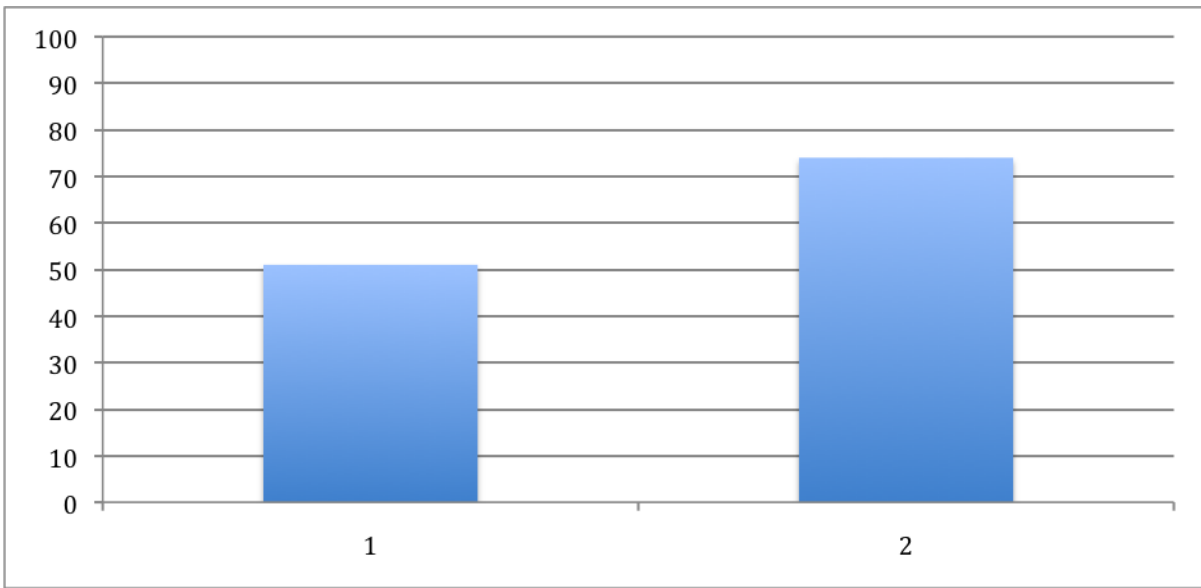
Come si può osservare dai dati riportati nei grafici, in seguito alle somministrazioni del protocollo IMTAP, vi è un incremento significativo nell'ambito espressivo/comunicativo soprattutto per quanto riguarda la comunicazione non verbale.

La musicalità è presente in buona percentuale sin dall'inizio del percorso di musicoterapia.

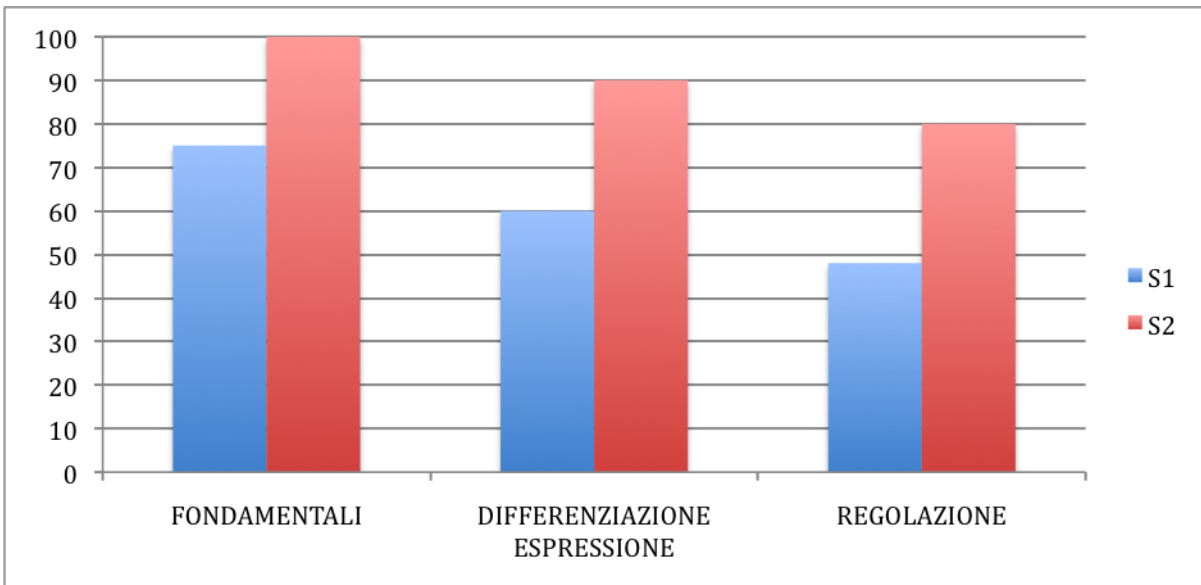
L'area di maggiore evoluzione è stata quella emozionale dove si evince una crescita nella differenziazione e regolazione delle emozioni.

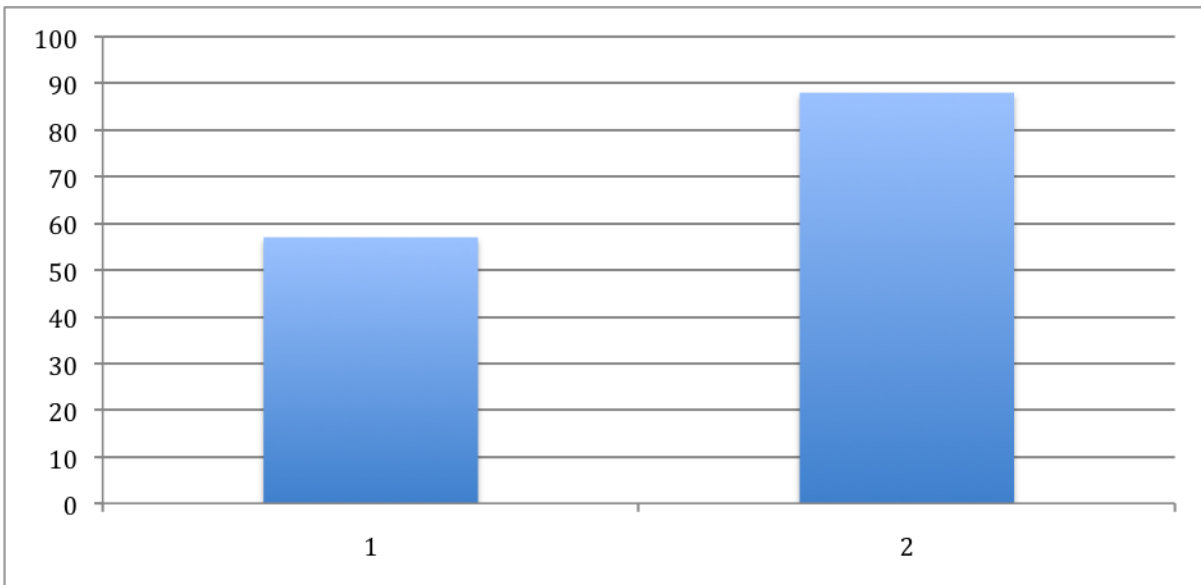
Ambito espressivo comunicativo



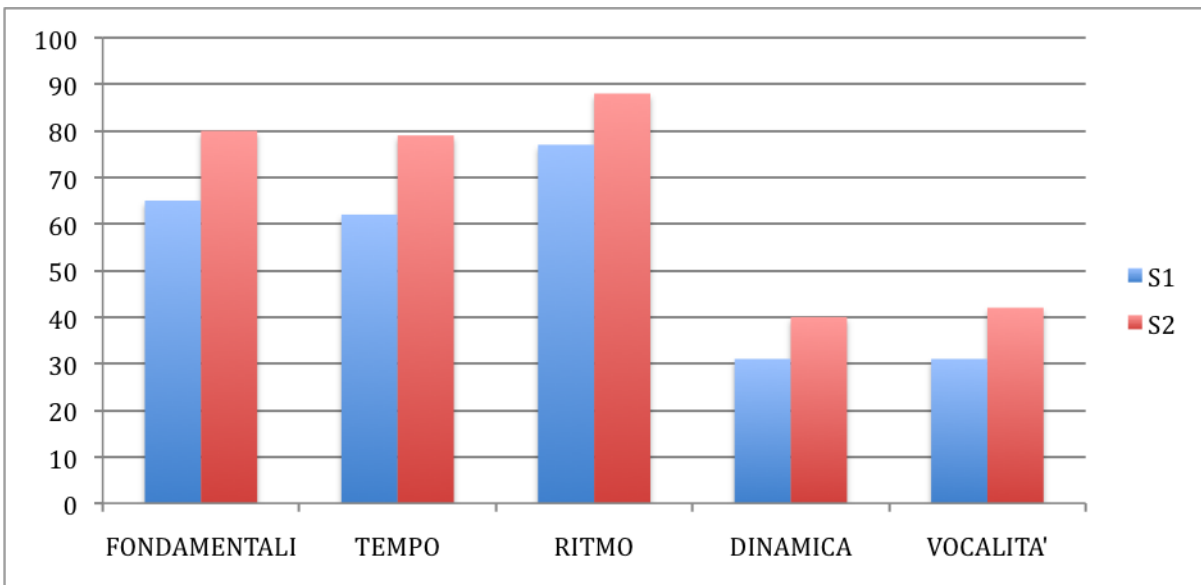


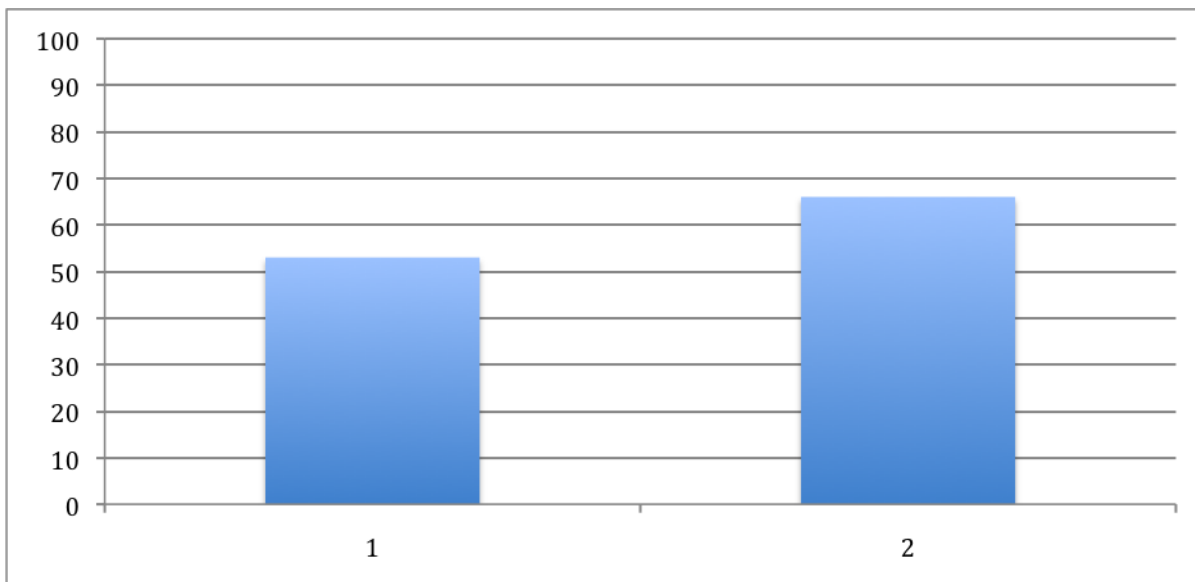
Ambito emozionale





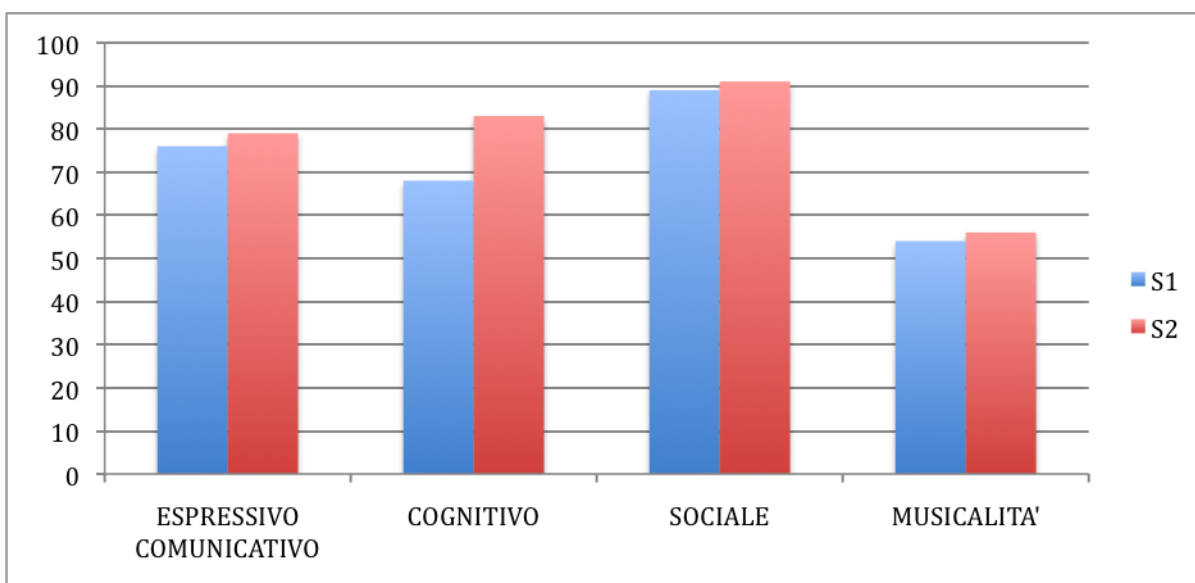
Musicalità





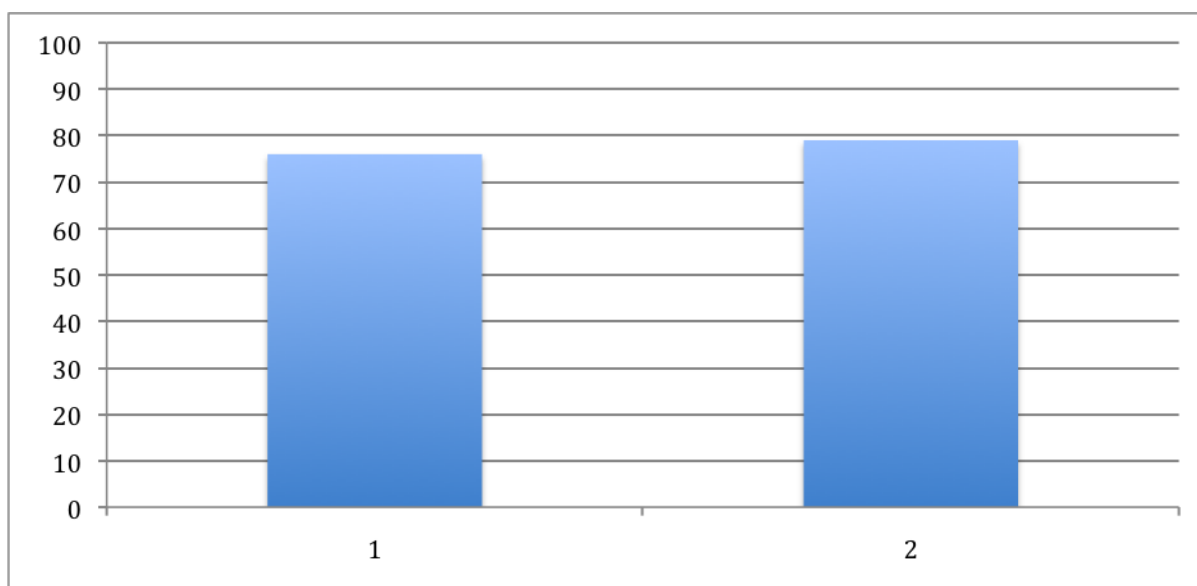
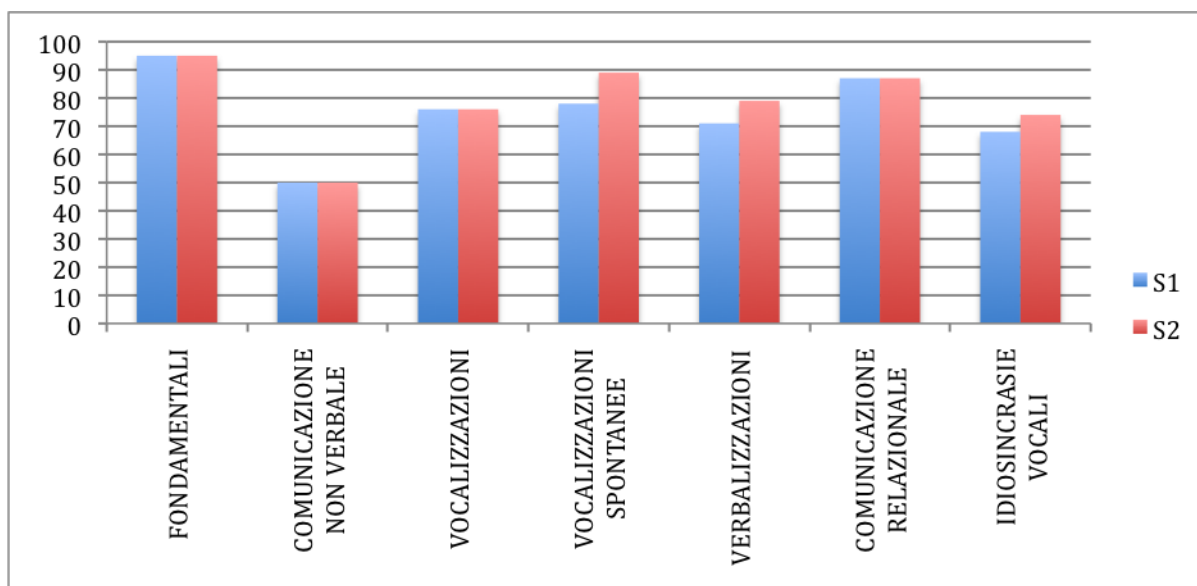
Utente: S.R.
 MT: Duccio Simbeni

Grafico riassuntivo ambiti osservati – Protocollo IMTAP

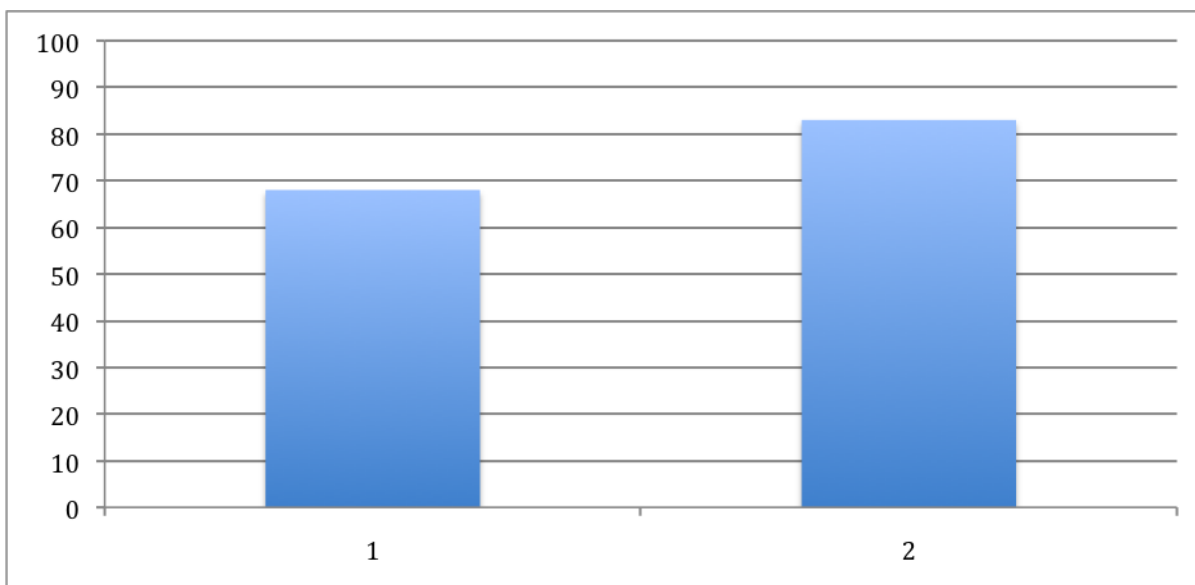
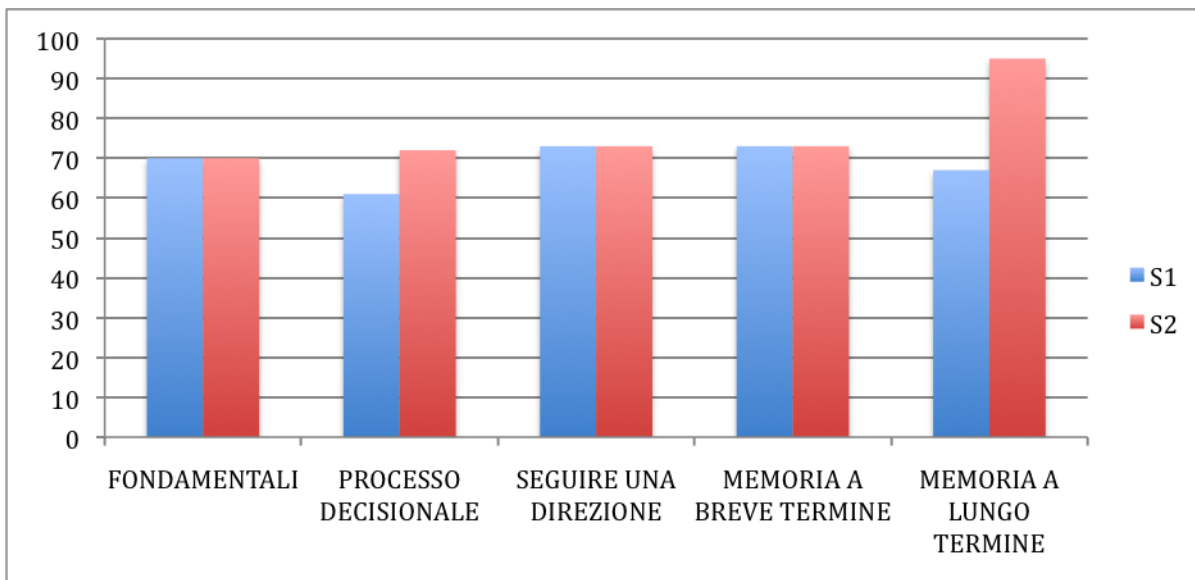


Tra gli ambiti osservati quelli con un significativo incremento sono stati l'ambito espressivo/comunicativo e l'ambito cognitivo. Per quest'ultimo, si è in particolare notato un miglioramento per quanto riguarda la funzione della memoria a lungo termine.

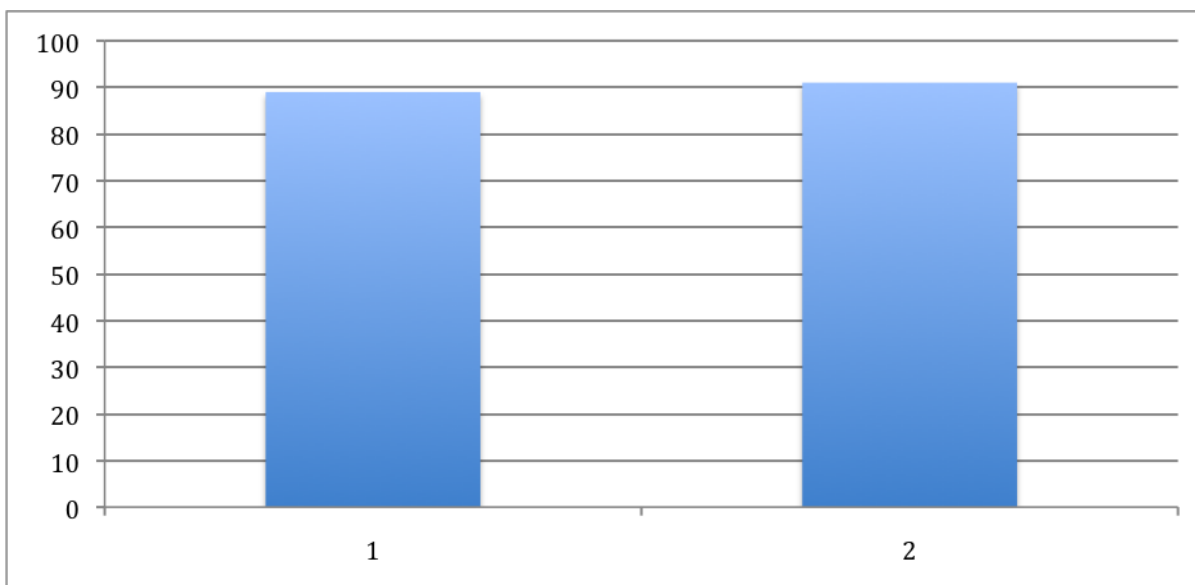
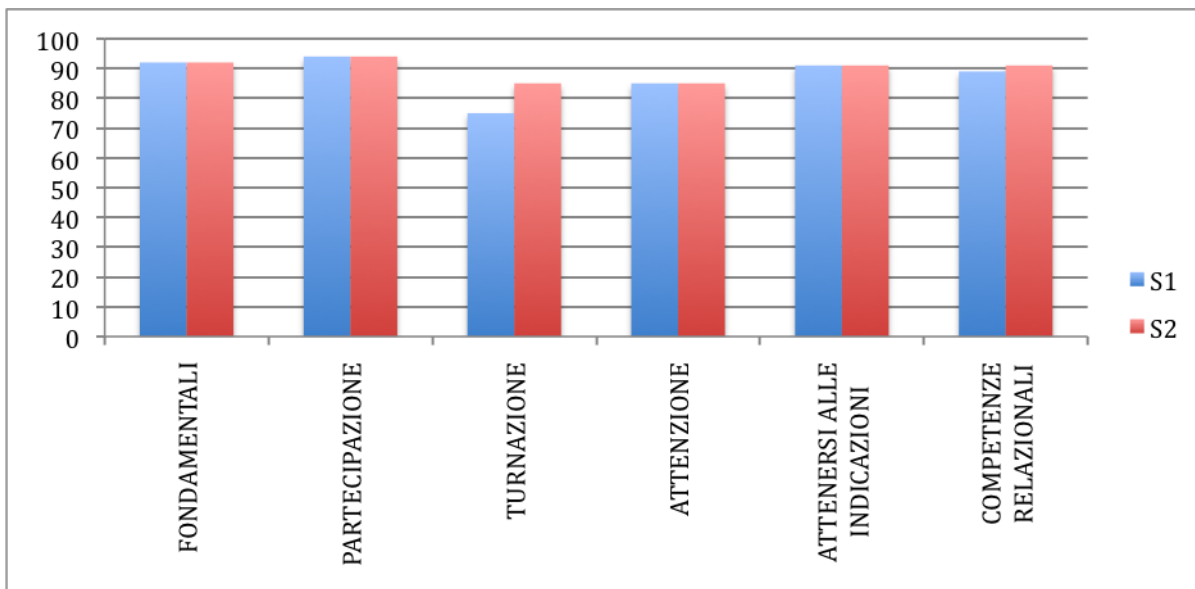
Ambito Espressivo comunicativo



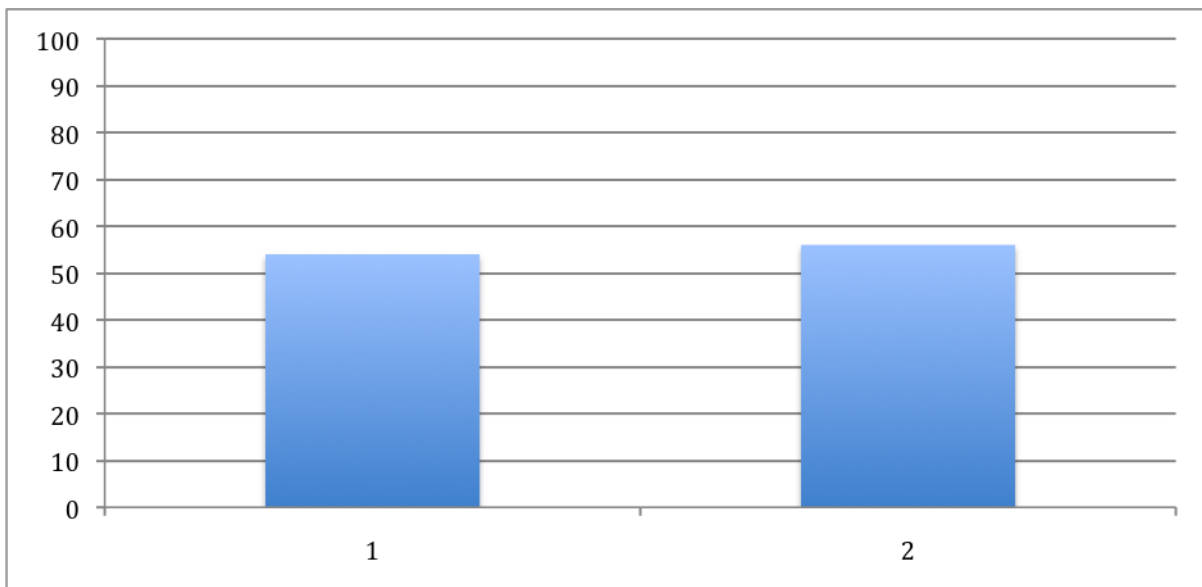
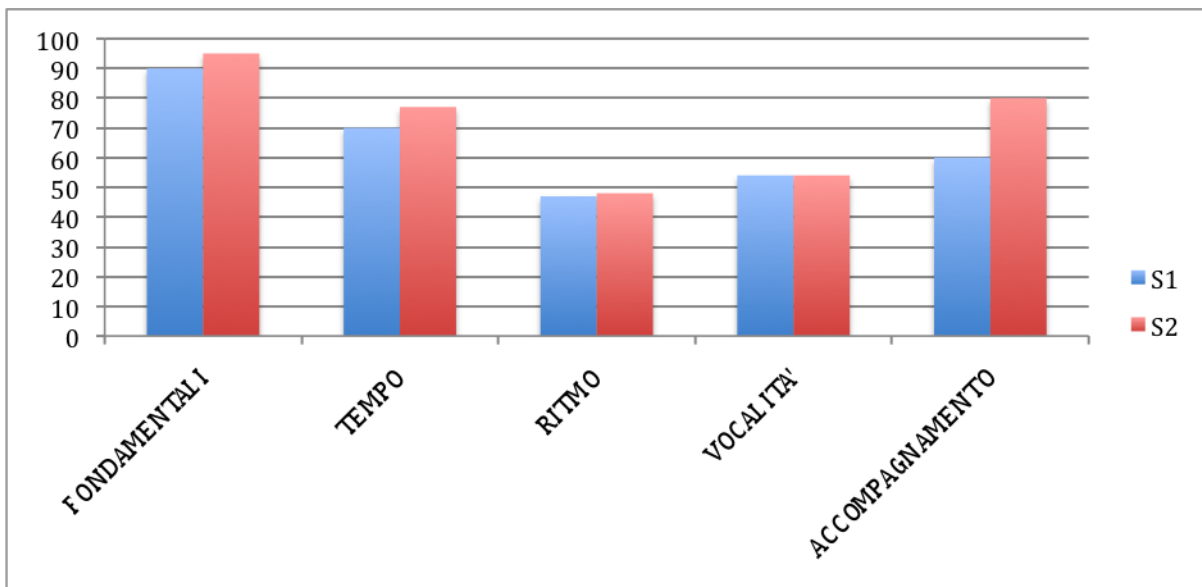
Ambito cognitivo



Ambito sociale

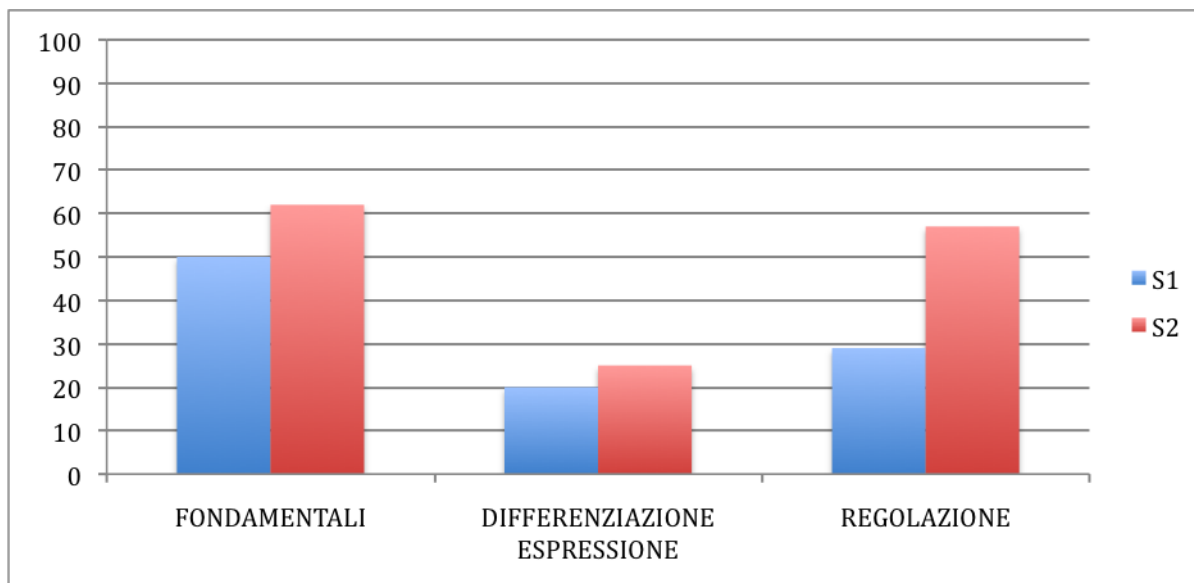


Musicalità



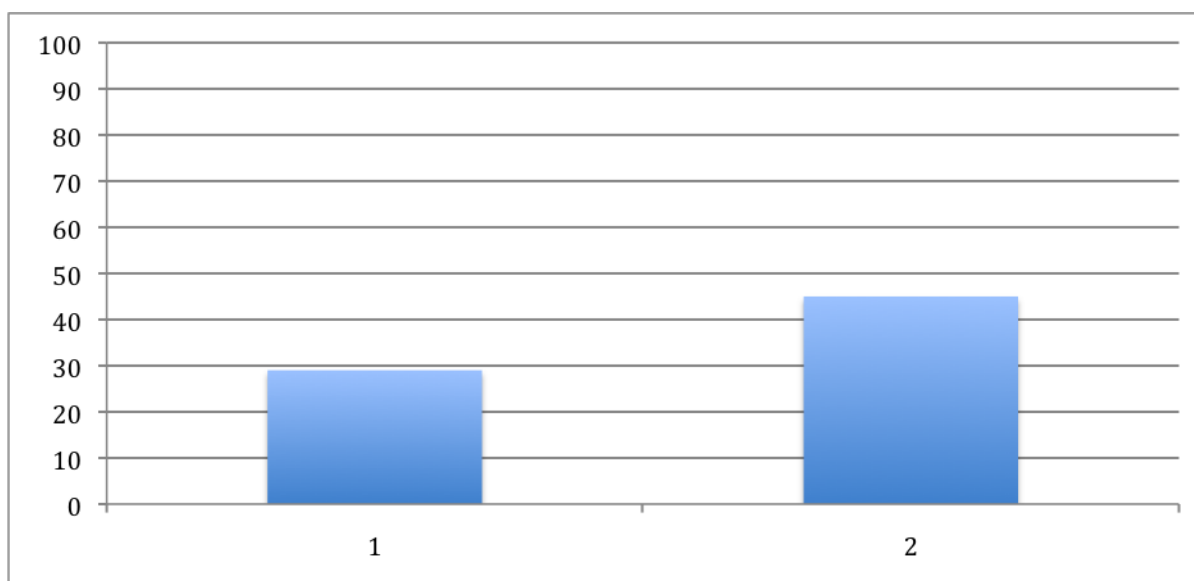
Utente: E.M.
 MT: Duccio Simbeni

Ambito emozionale – Protocollo IMTAP



Per quanto riguarda l'utente è stato analizzato un unico ambito e in particolare i sottodomini relativi a differenziazione/espressione e regolazione, per i quali si è notato un cambiamento in positivo tra prima e la seconda somministrazione.

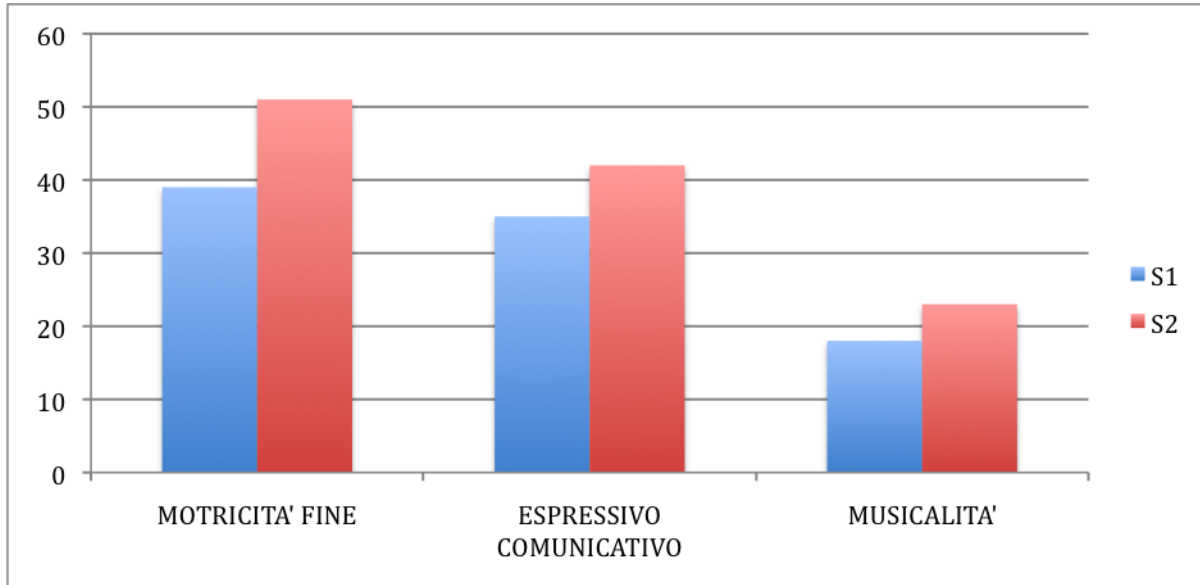
Si è registrato, attraverso il supporto musicale/verbale, un maggior grado di rilassamento fisico-emotivo da parte dell'utente.



Utente: L.M.

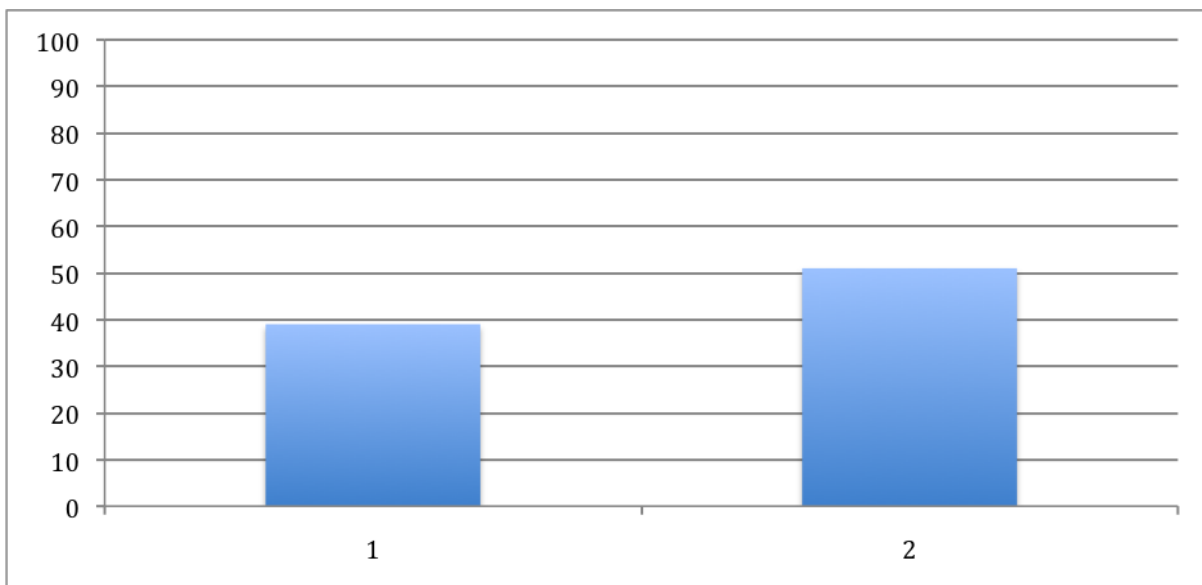
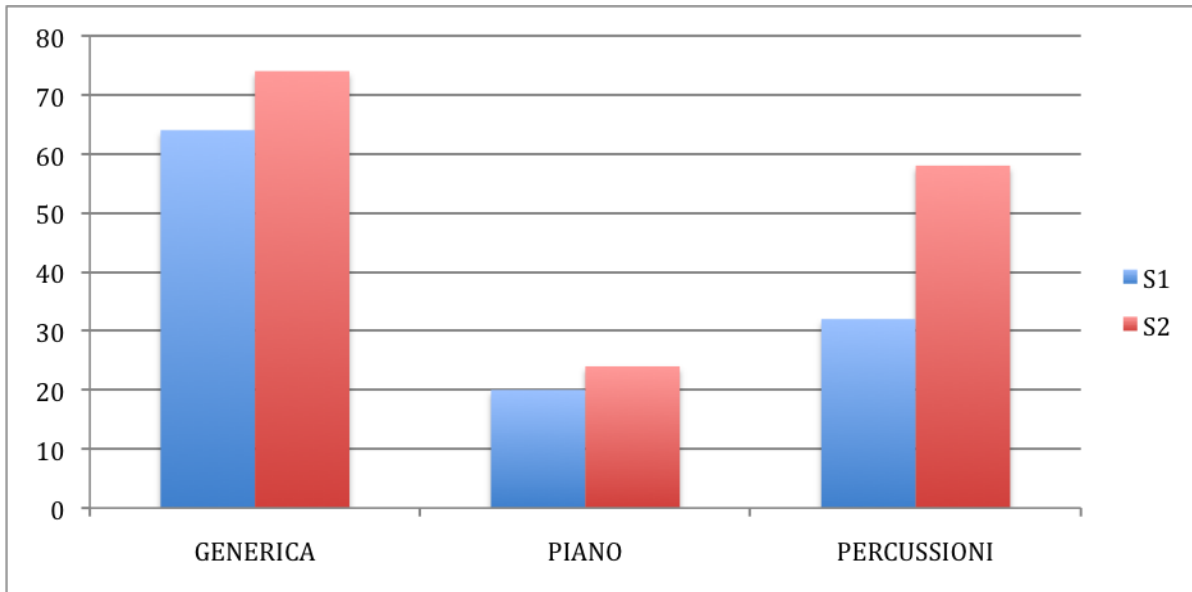
MT: Stefano Spaderi

Grafico riassuntivo ambiti osservati – Protocollo IMTAP

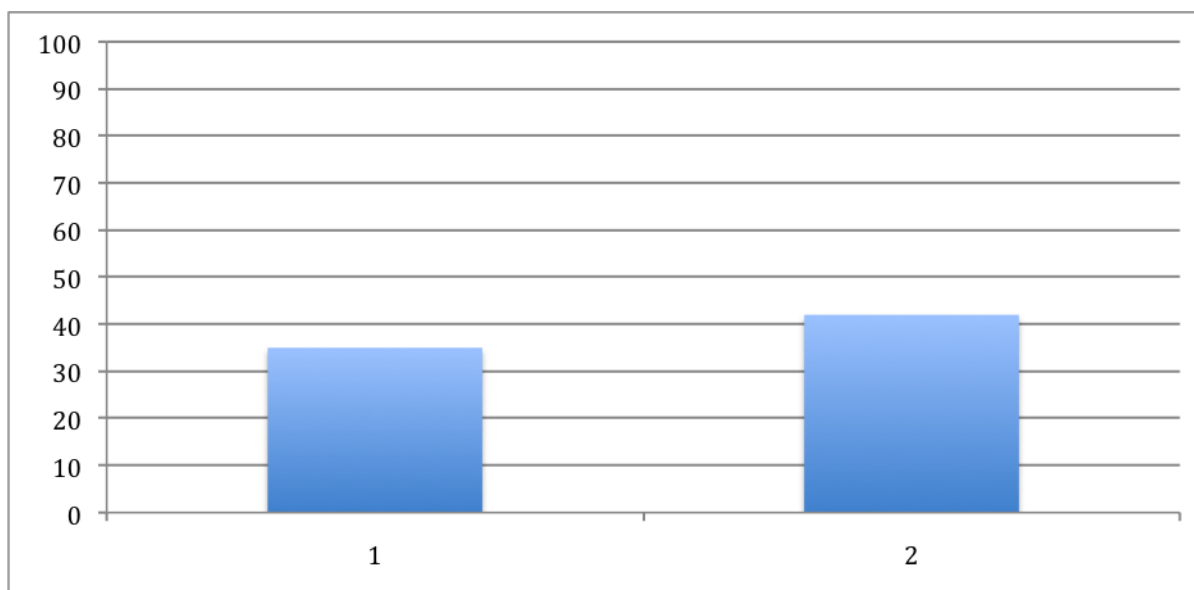
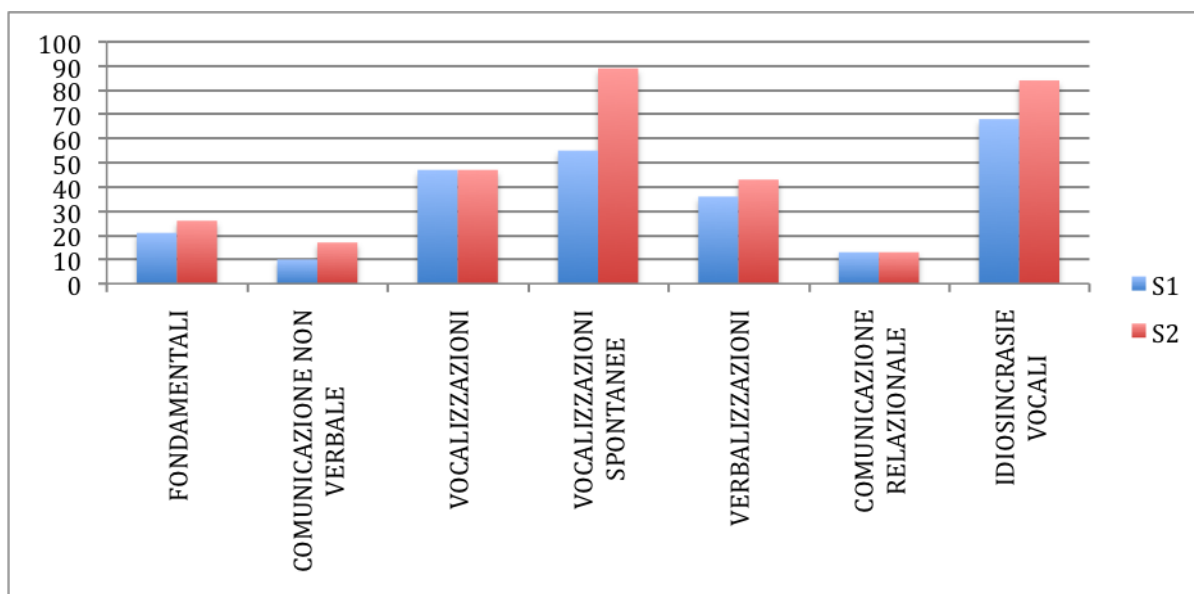


I grafici mostrano un miglioramento dell'utente in tutti gli ambiti valutati, in particolare in quello della motricità fine, grazie soprattutto alla predisposizione di L. nel suonare strumenti percussivi. Per quanto riguarda l'ambito espressivo-comunicativo, si registra un aumento di vocalizzazioni spontanee e verbalizzazioni.

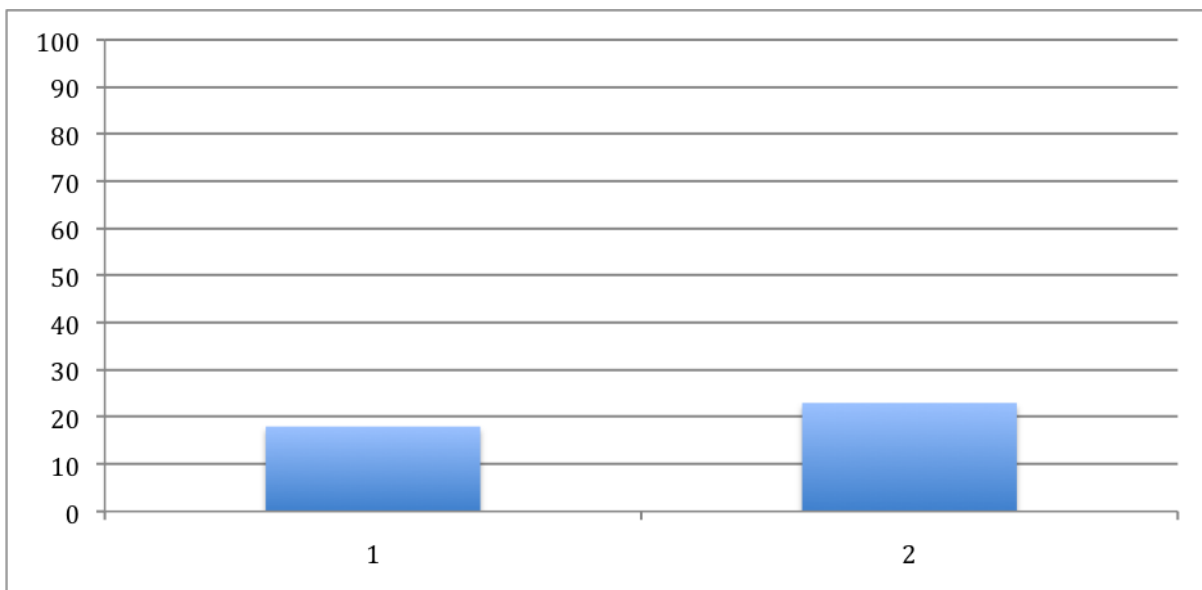
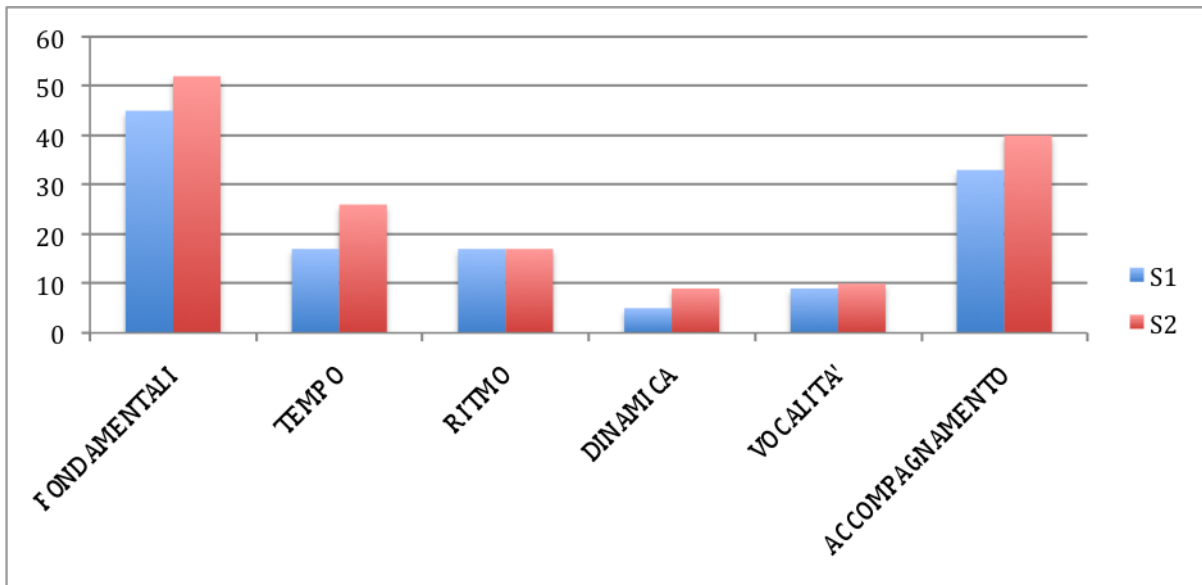
Motricità fine



Ambito espressivo comunicativo

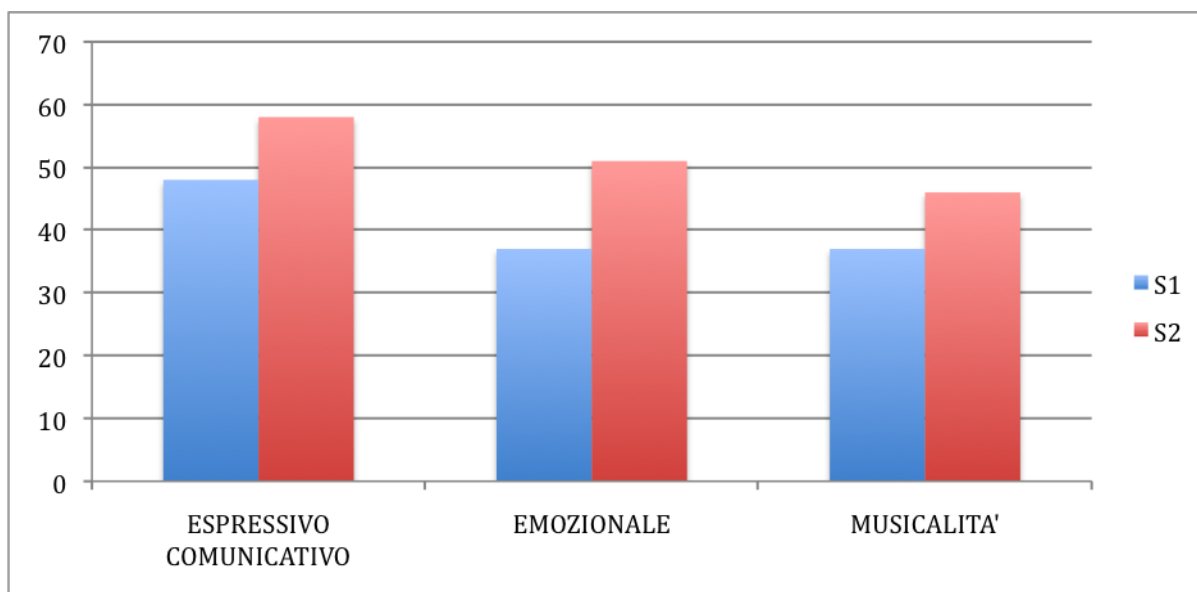


Musicalità



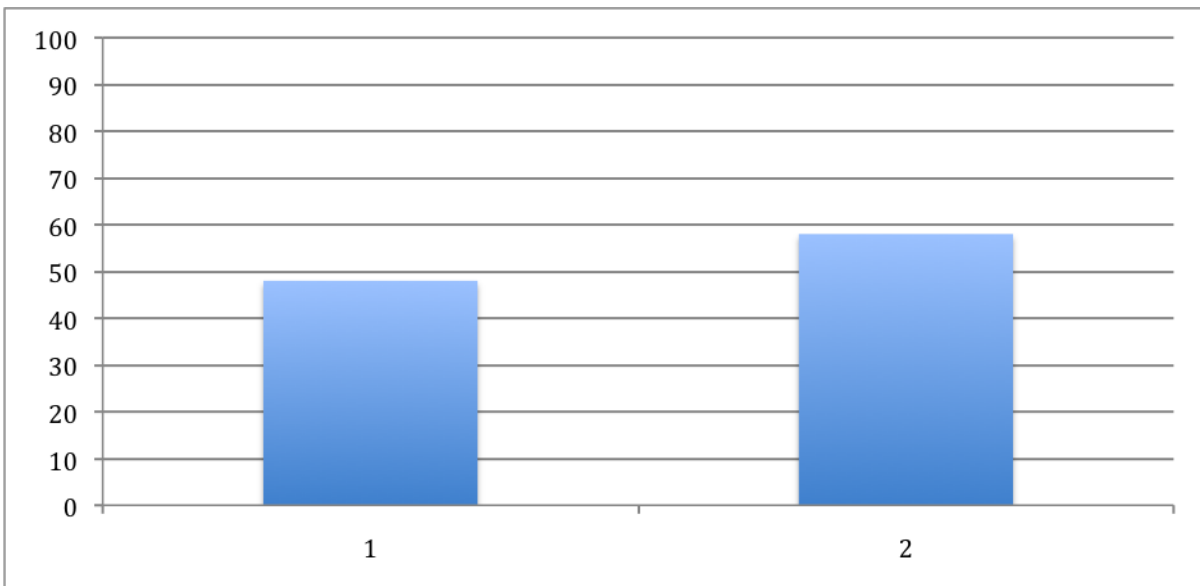
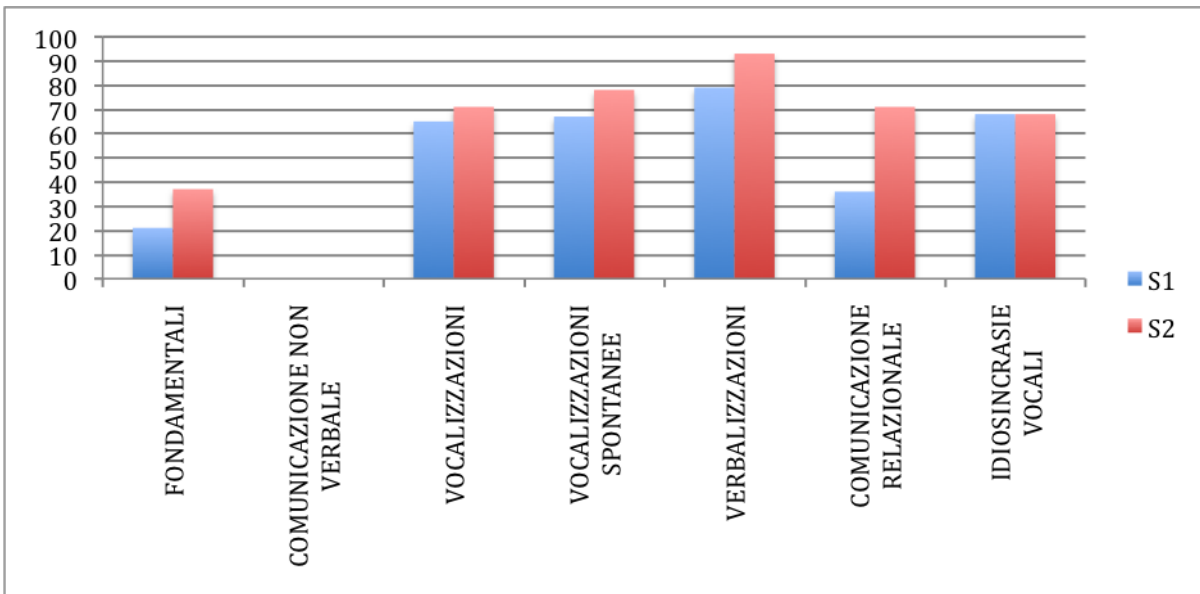
Utente: V.A.
MT: Stefano Spaderi

Grafico riassuntivo ambiti osservati – Protocollo IMTAP

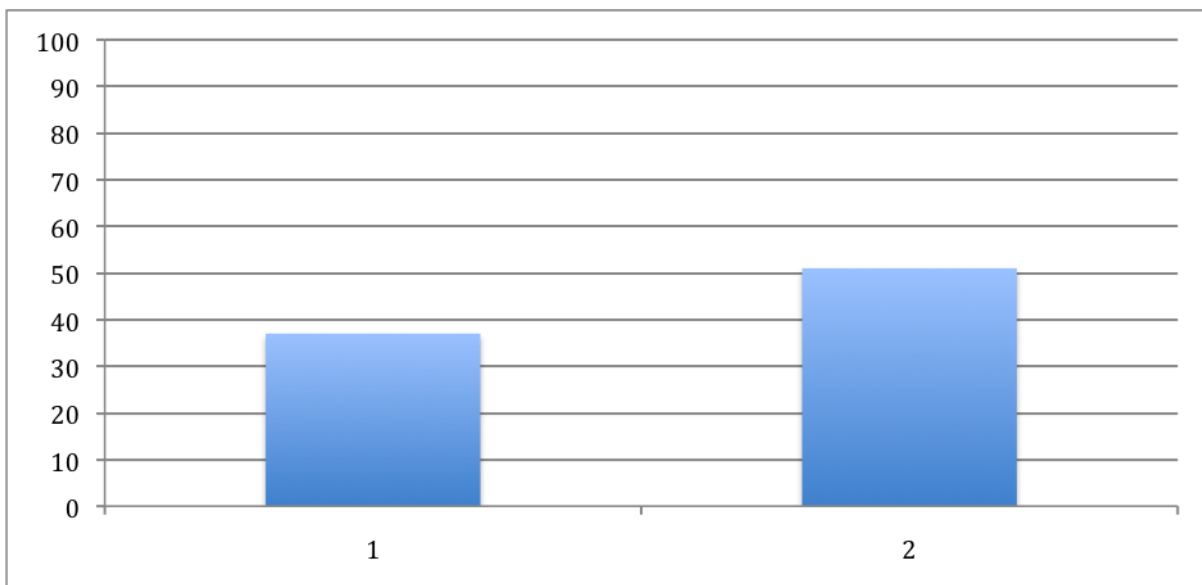
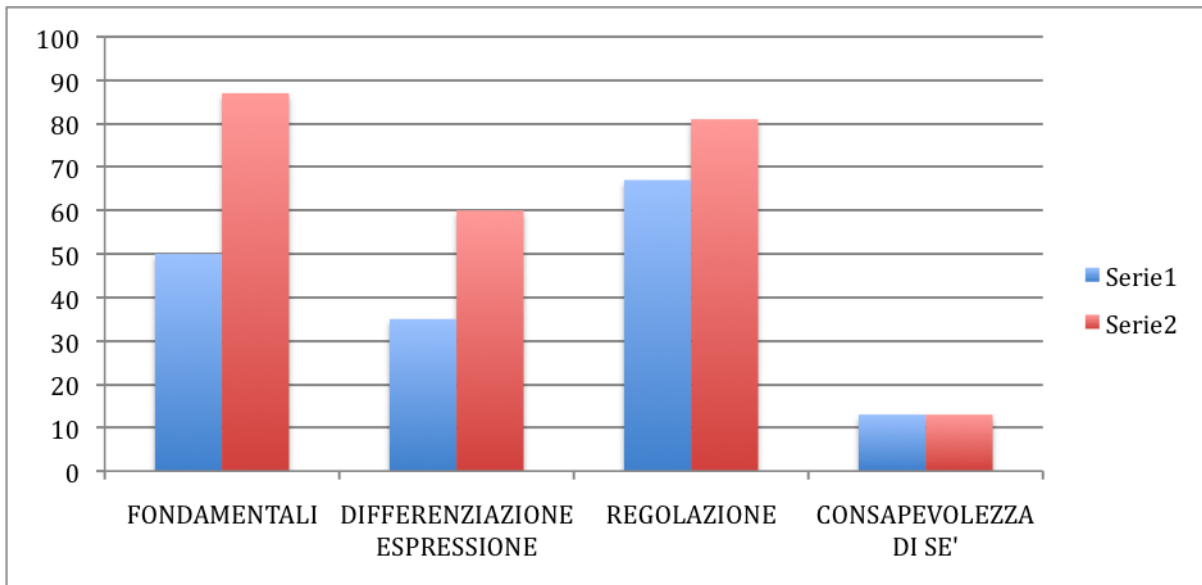


I grafici mostrano un miglioramento in tutti i domini presi in osservazione. L'utente, grazie al suo forte legame con la musica, è riuscito a beneficiare appieno dei suoi progressi musicali, in un percorso di crescita costante che si è rispecchiato anche in ambito emozionale e comunicativo-espressivo.

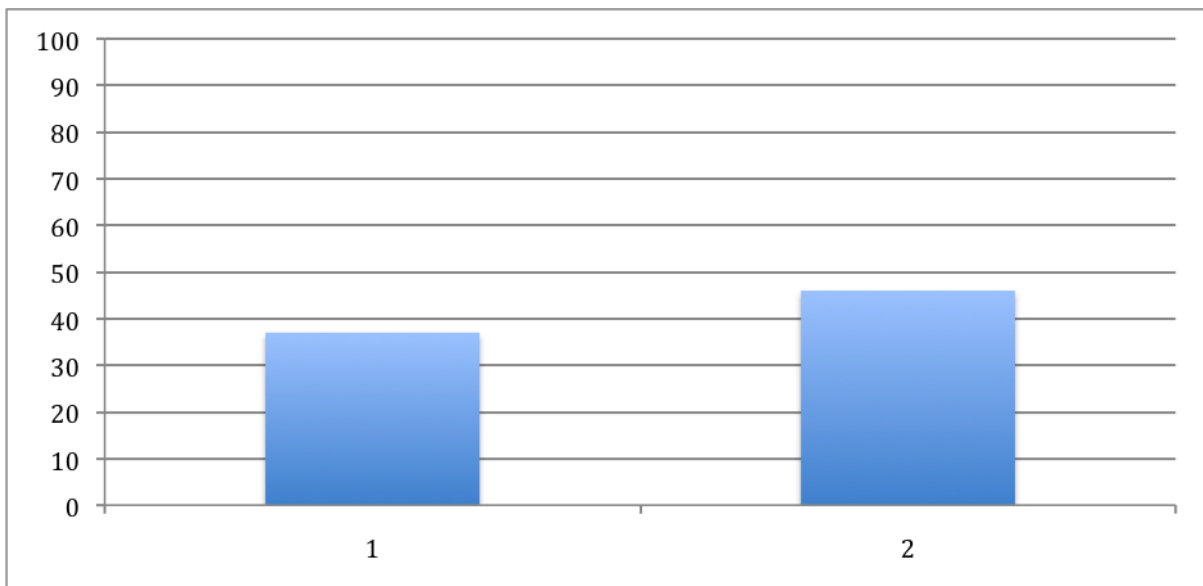
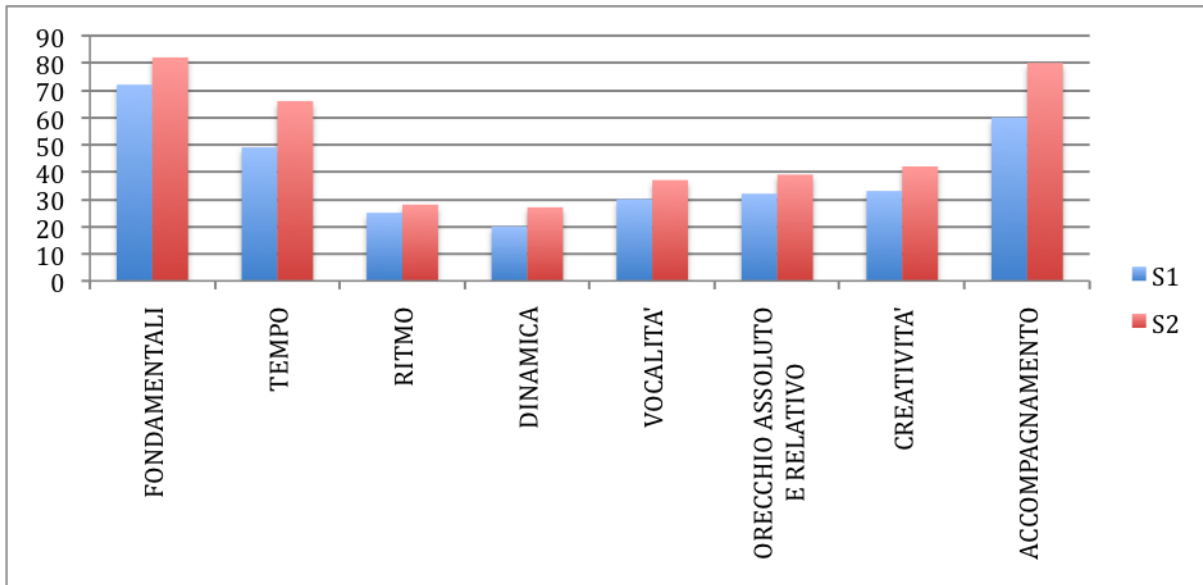
Ambito espressivo comunicativo



Ambito emozionale

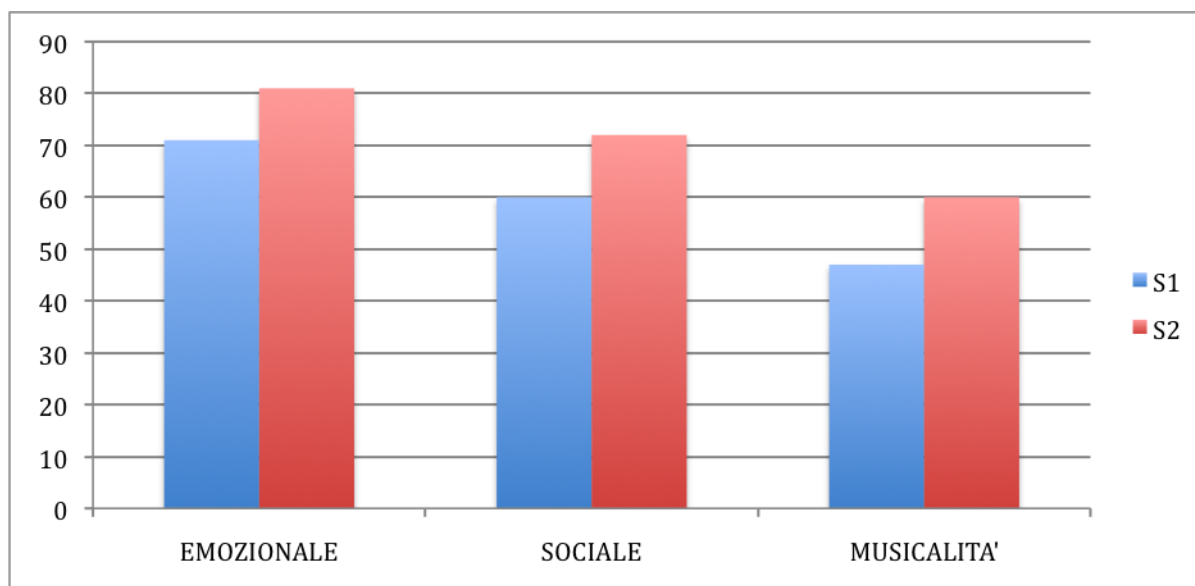


Musicalità



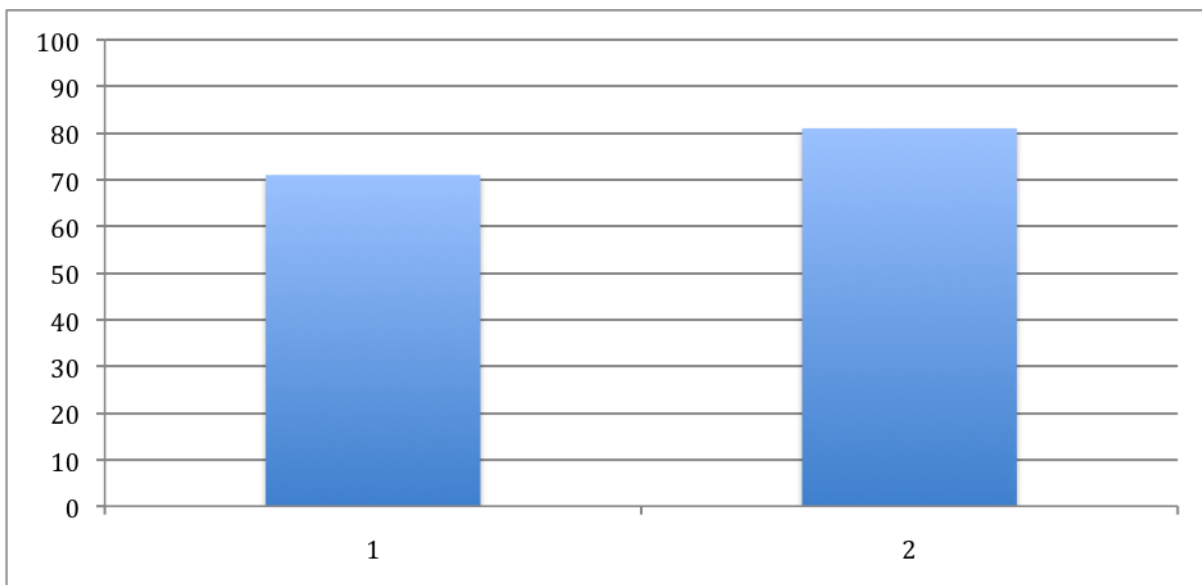
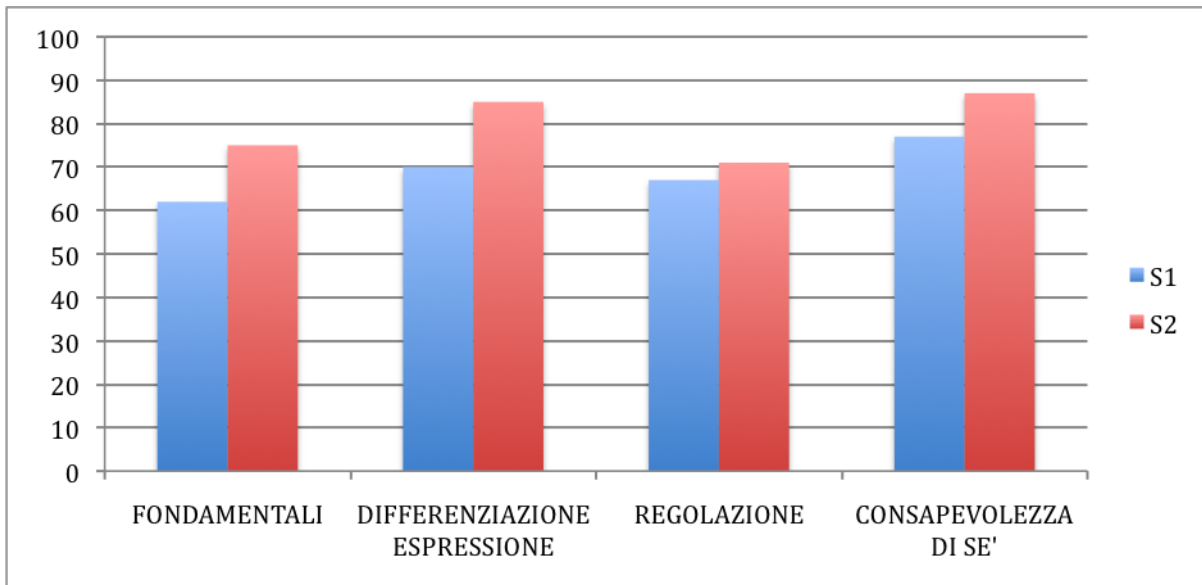
Utente: G.P.
MT: Stefano Spaderi

Grafico riassuntivo ambiti osservati – Protocollo IMTAP

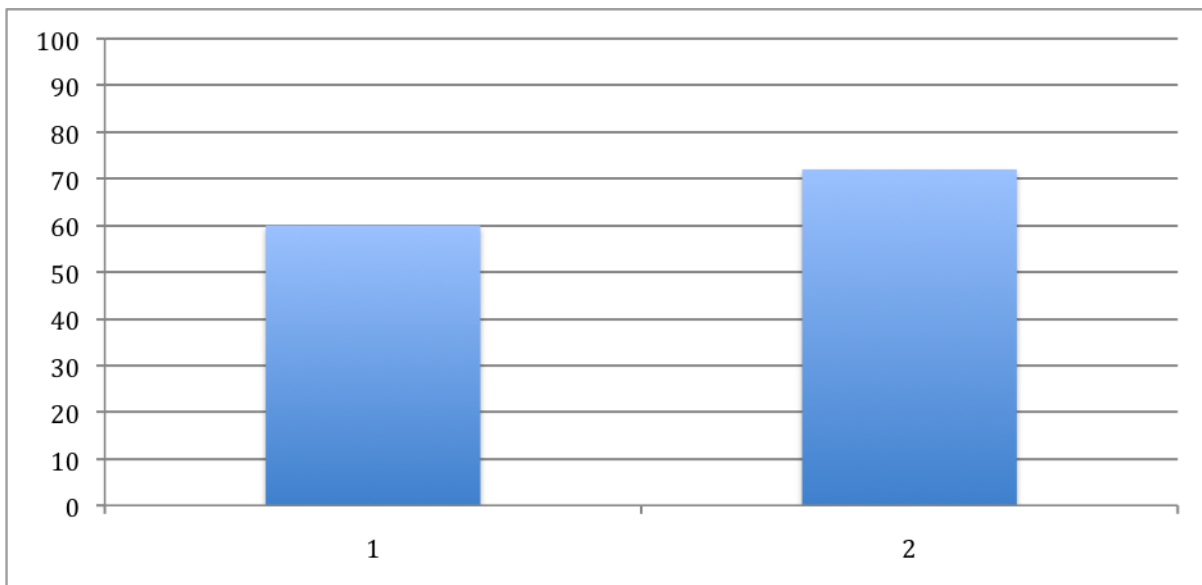
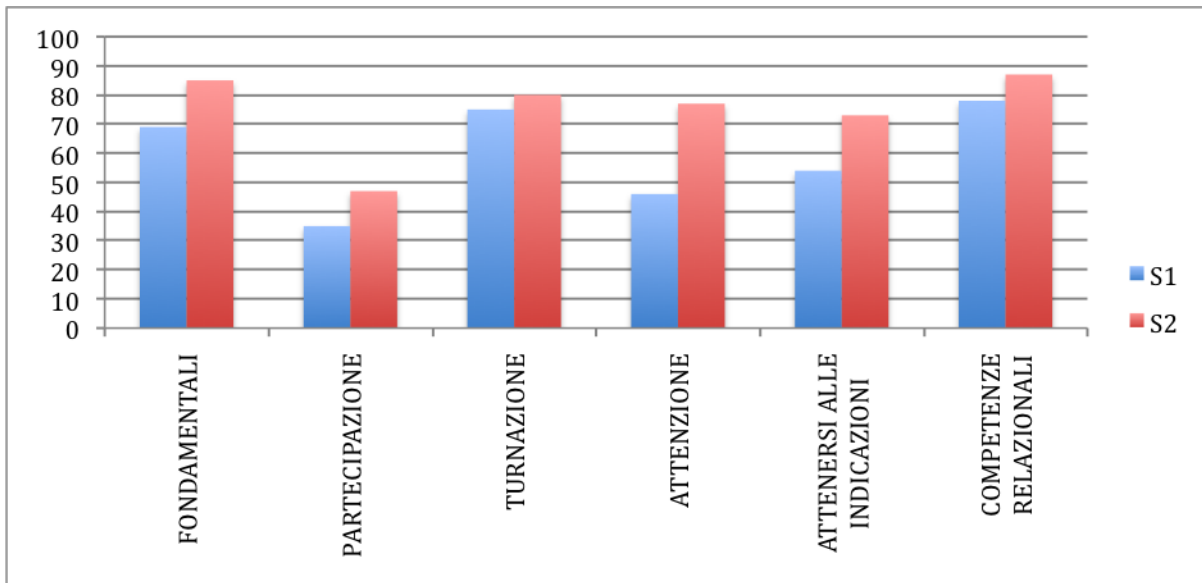


I grafici mostrano un miglioramento dell'utente nei tre ambiti valutati. I dati più significativi sono i progressi in ambito sociale; per l'utente, la musica ha rappresentato un campo sconosciuto e affascinante nel quale rivalutare il proprio approccio alle relazioni, dimostrando di capire regole e aspettative.

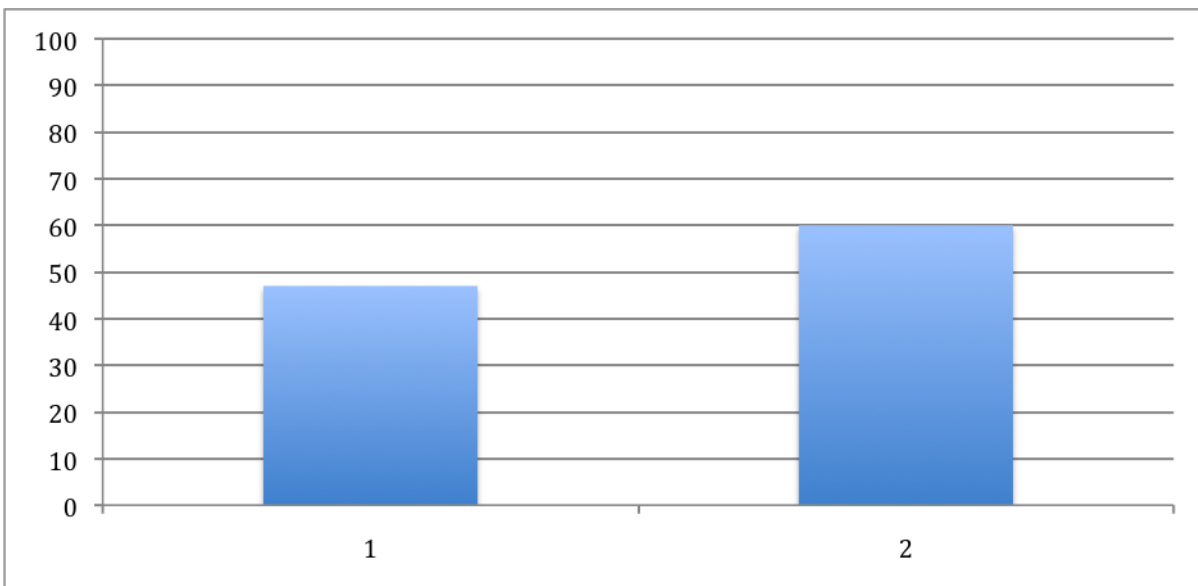
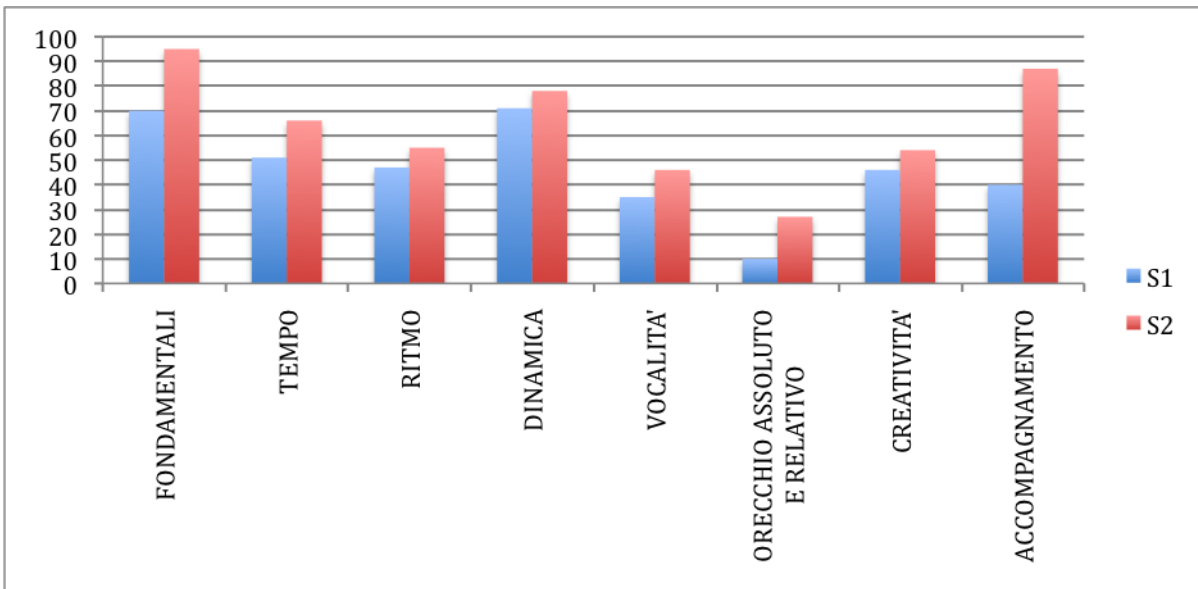
Ambito emozionale



Ambito sociale

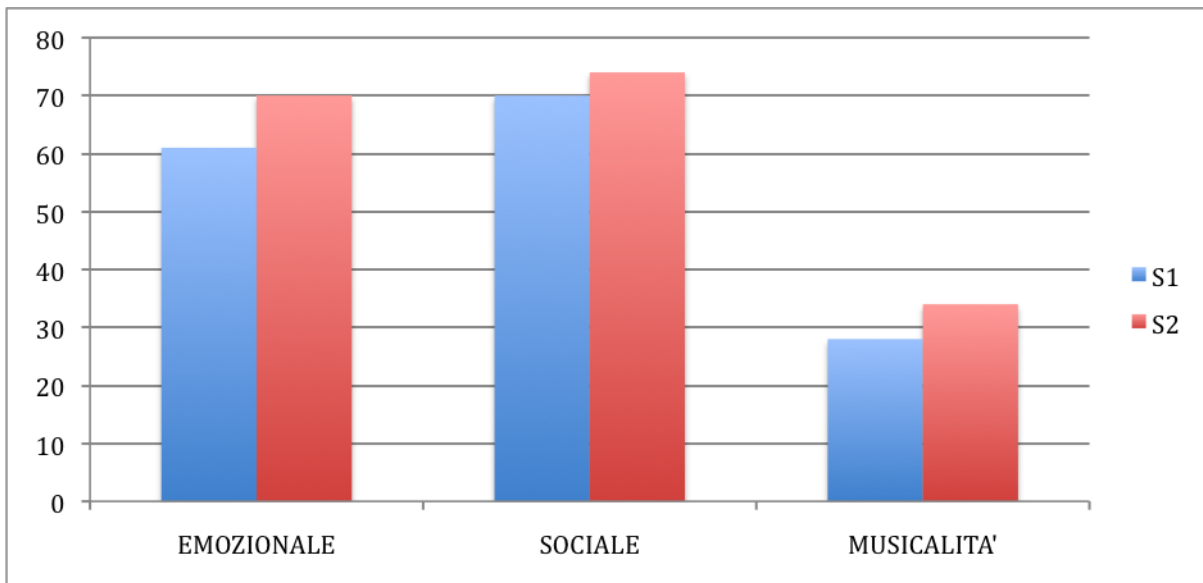


Musicalità



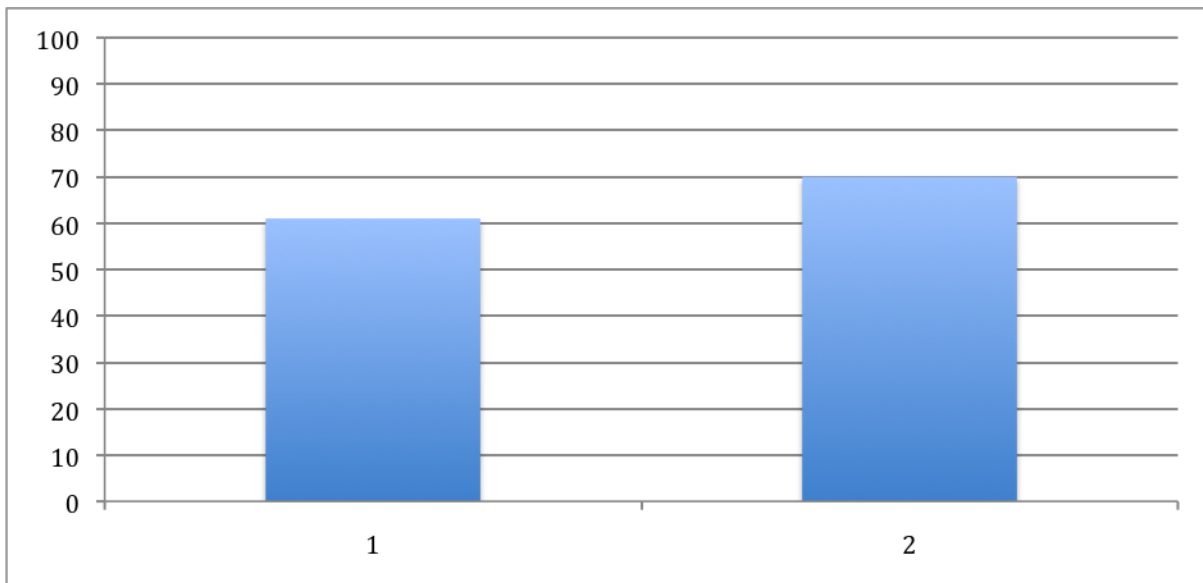
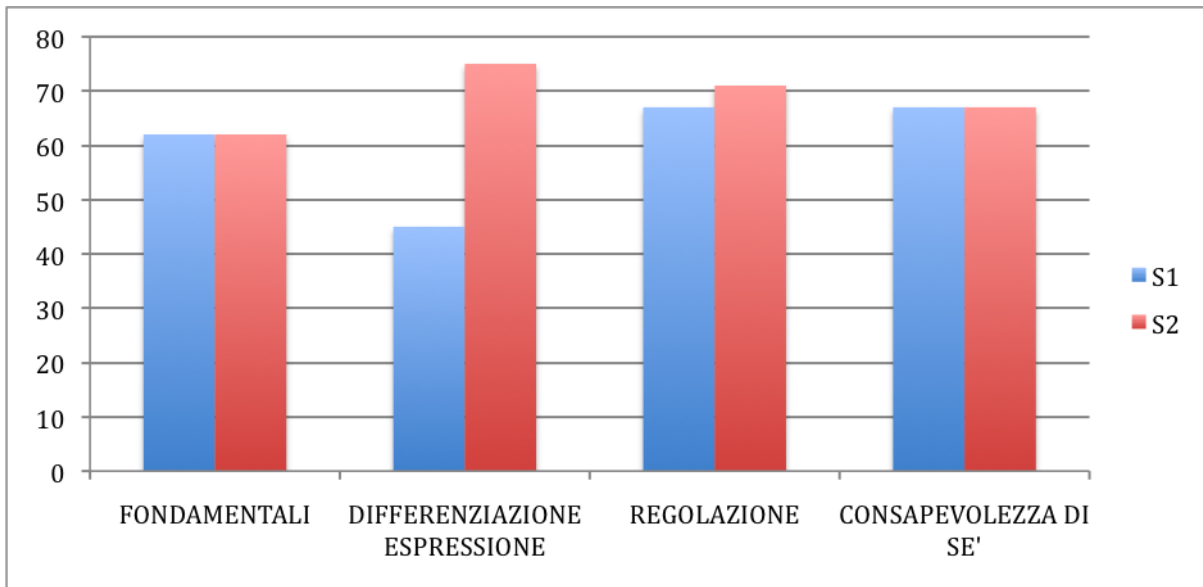
Utente: A.P.
MT: Stefano Spaderi

Grafico riassuntivo ambiti osservati – Protocollo IMTAP

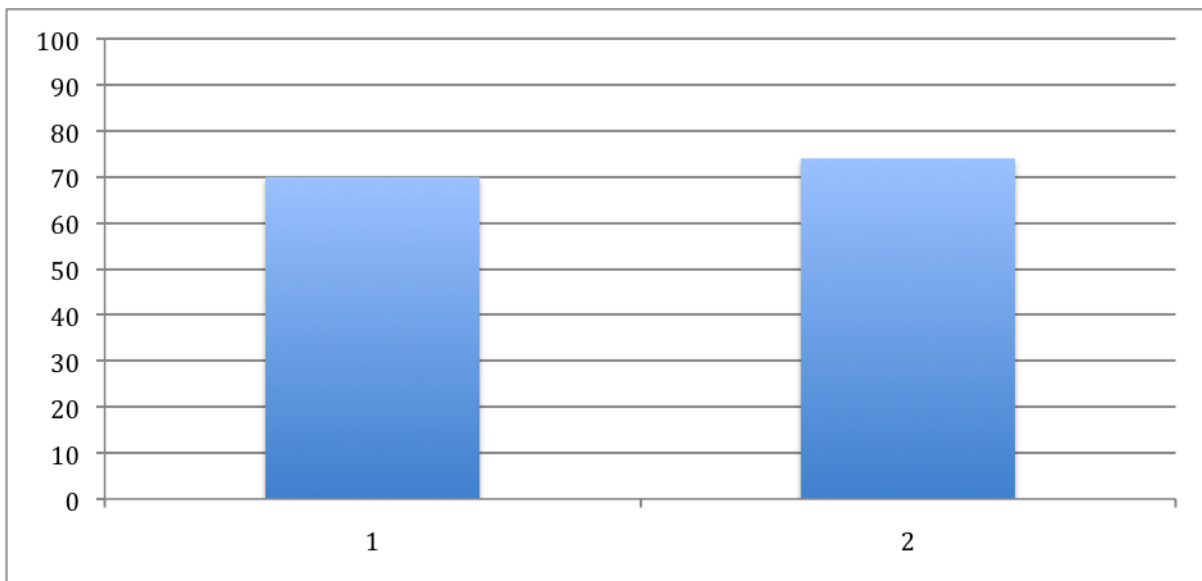
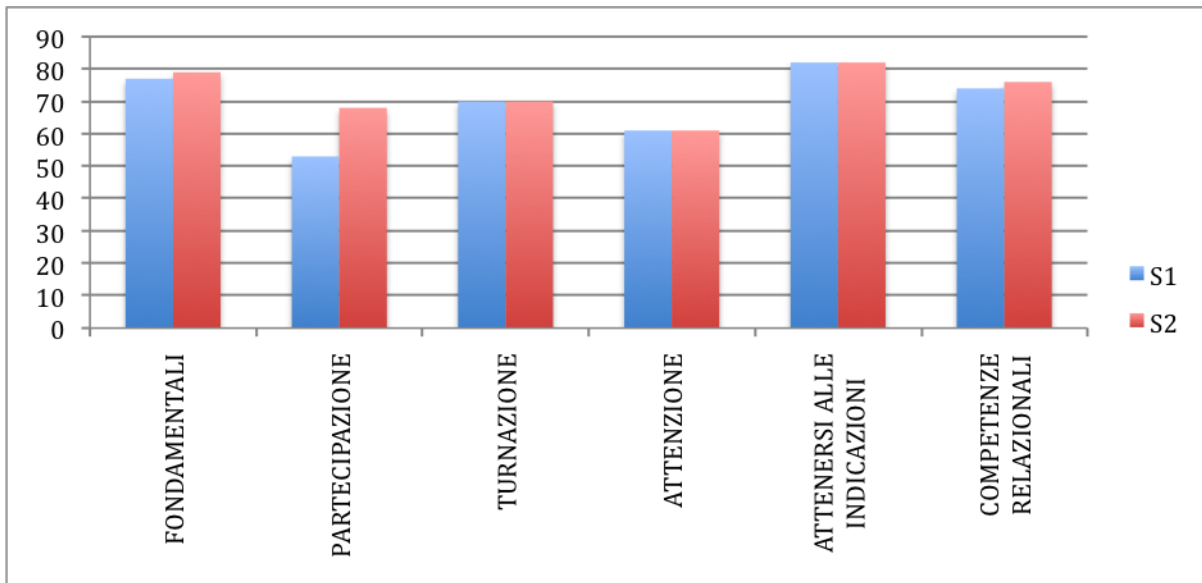


I dati estrapolati dalle schede di osservazione mostrano un live miglioramento negli ambiti sociale e musicale, mentre uno più significativo sul piano emozionale. L'utente ha avuto modo di esplorare, grazie al contesto musicale, sensazioni e stati d'animo in modo sereno.

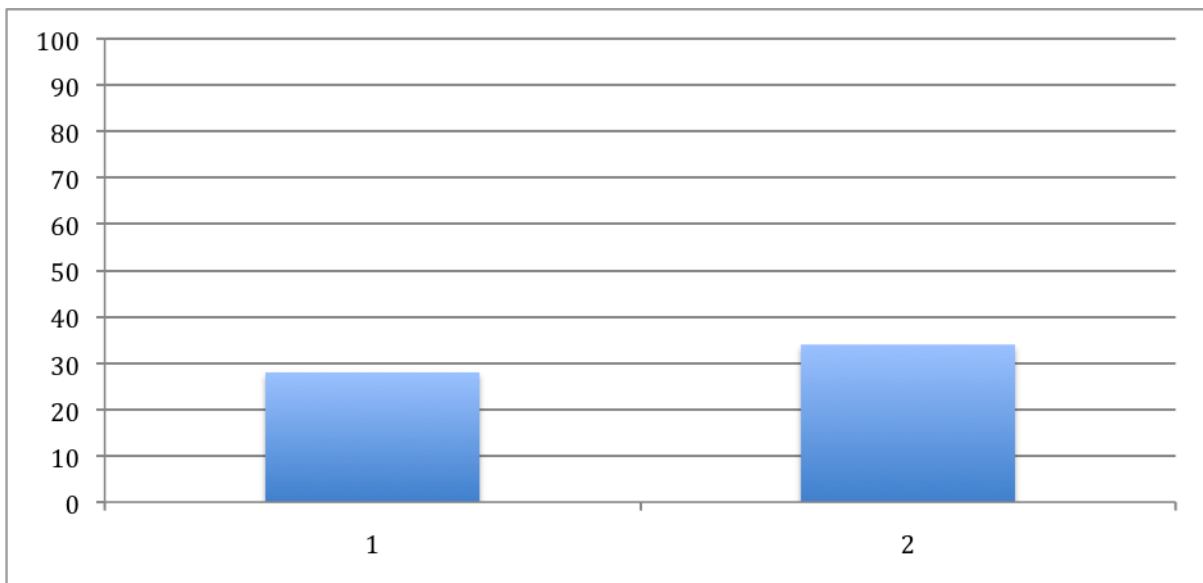
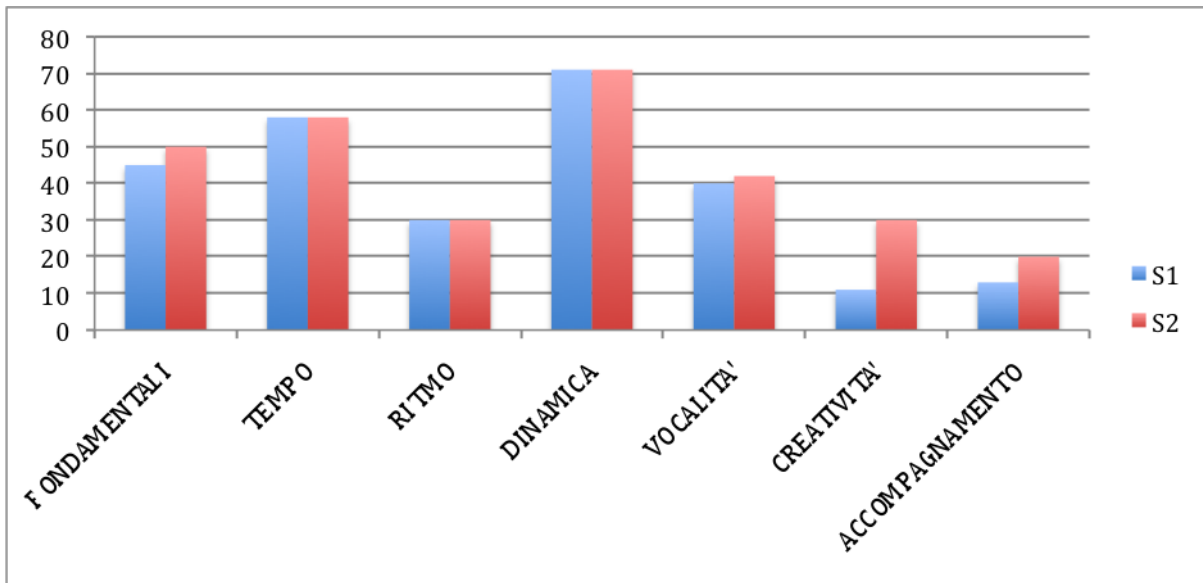
Ambito emozionale



Ambito sociale

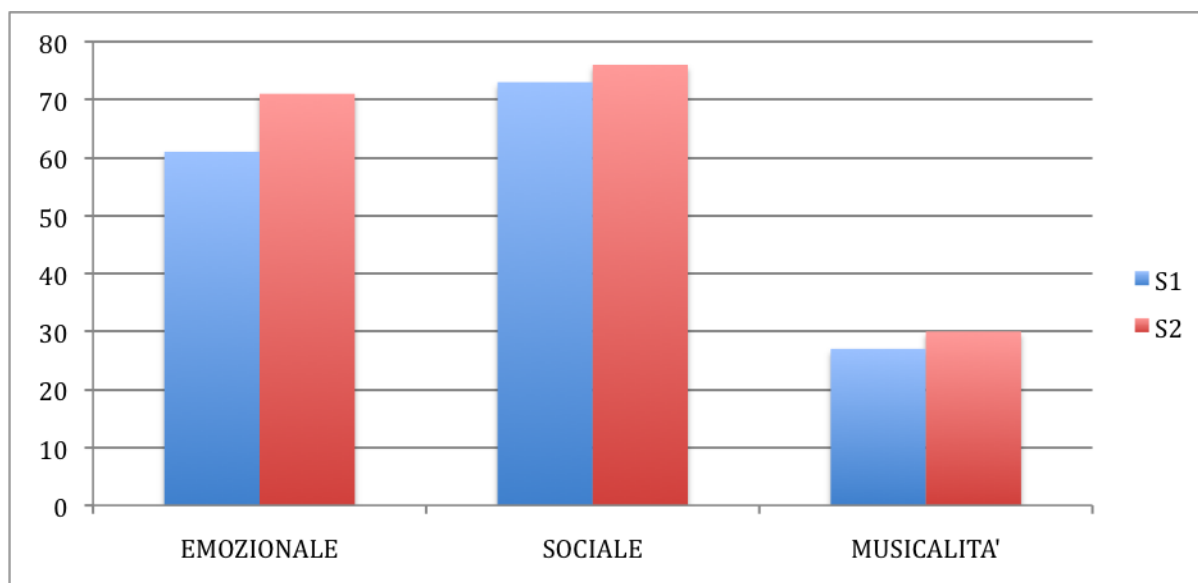


Musicalità



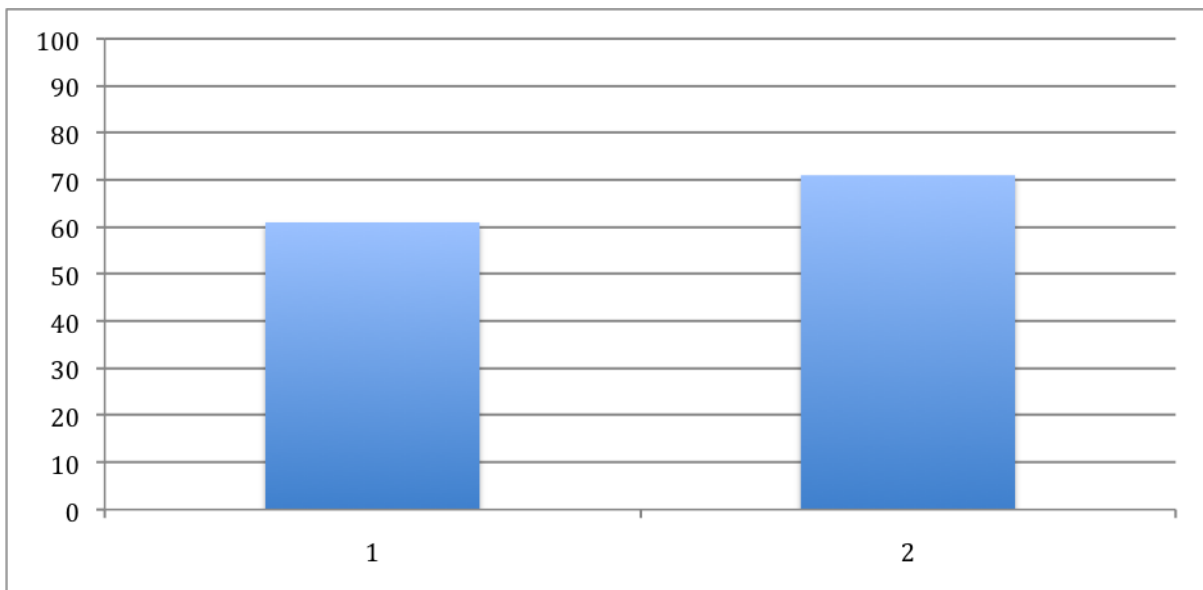
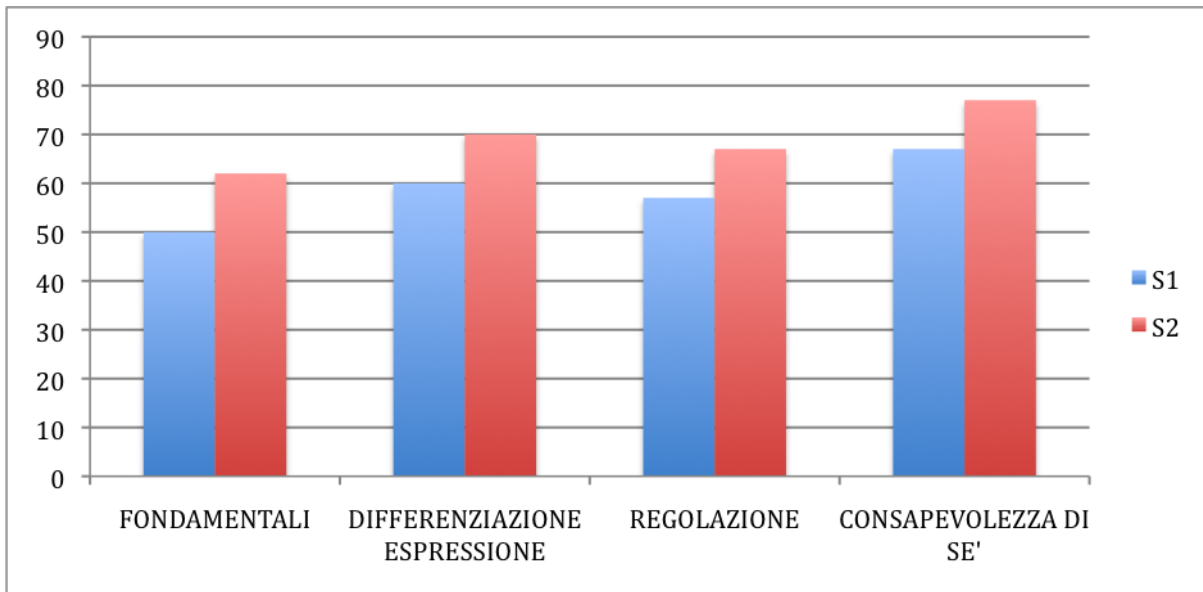
Utente: M.C.G.
MT: Stefano Spaderi

Grafico riassuntivo ambiti osservati – Protocollo IMTAP

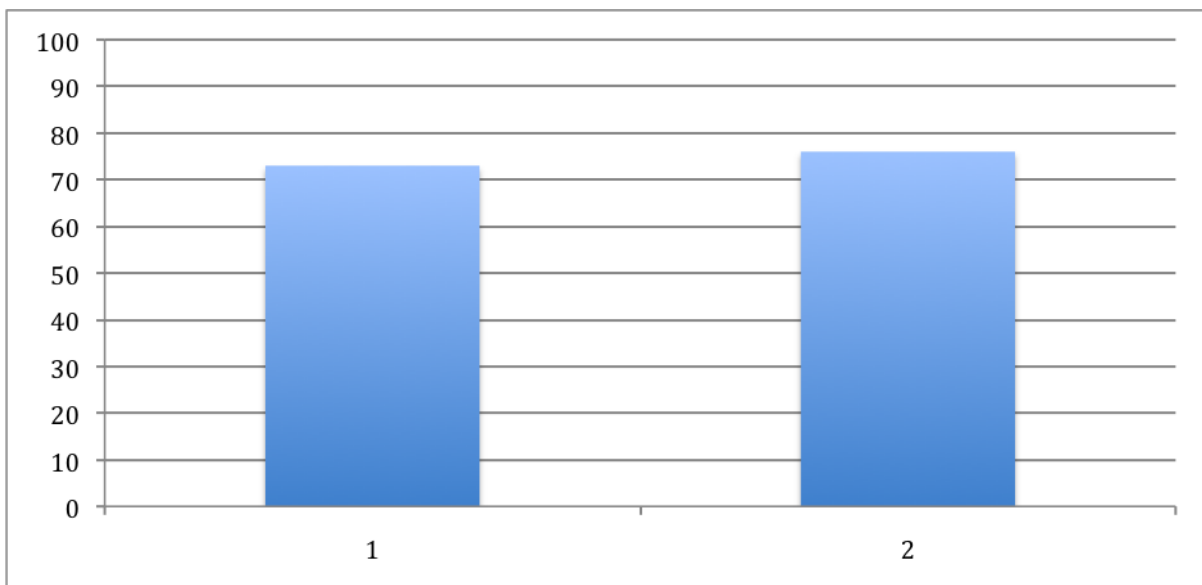
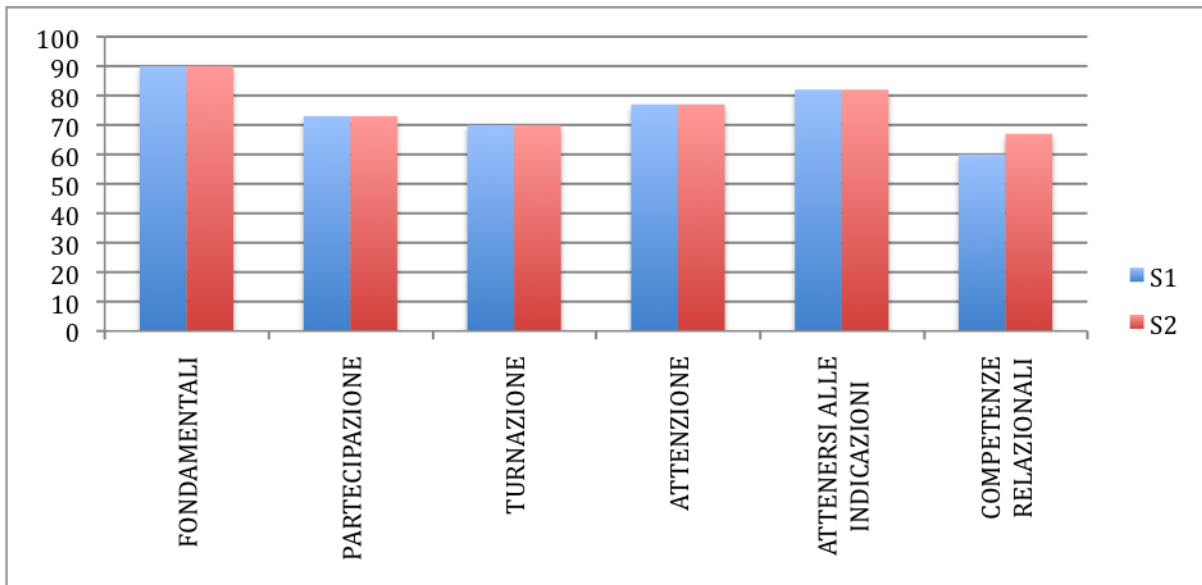


I grafici mostrano un miglioramento nei tre domini valutati. I progressi più significativi sono quelli in ambito emozionale. La musica ha rappresentato un canale intermediario tra parole e sensazioni, affrontando temi profondi con la leggerezza di un gioco.

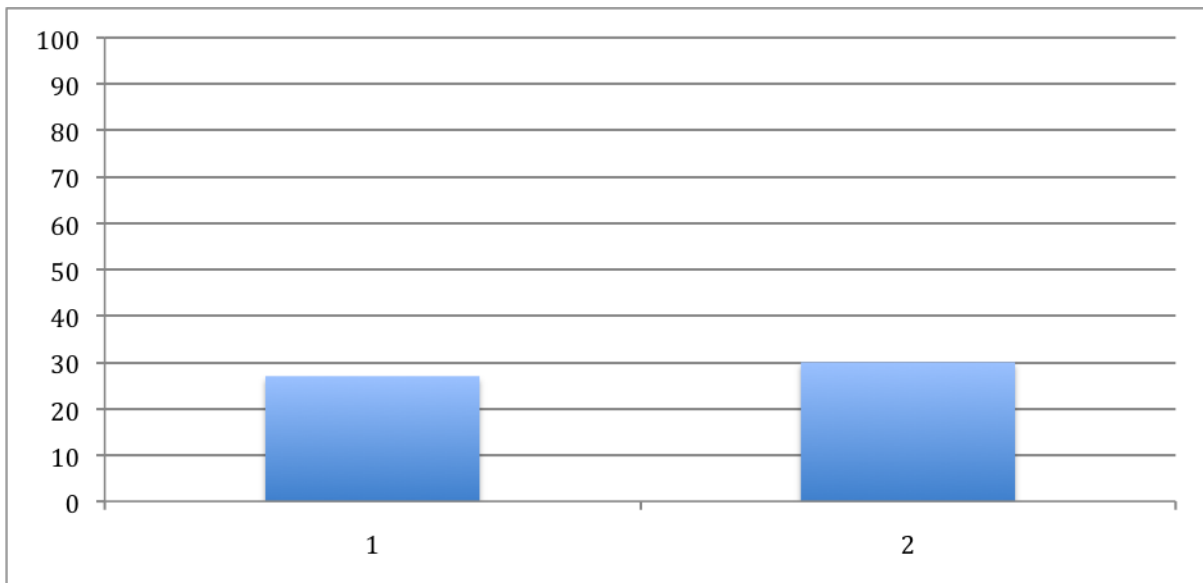
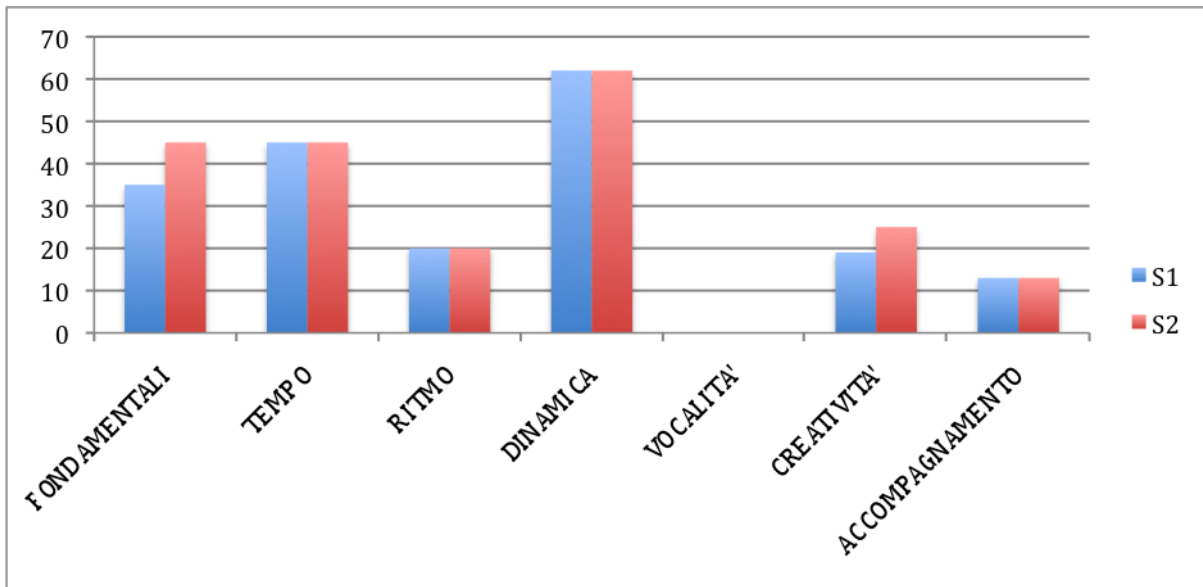
Ambito emozionale



Ambito sociale



Musicalità



*Il trattamento del dolore nel paziente con disabilità:
Musicoterapia e stanza Snoezelen per il benessere psicologico e
fisico.*

Uno studio preliminare.

AUTORI Dott.ssa Giorgia Fasoli, Psicologa; Dott. Fabrizio Varalta, Dirigente Psicologo Psicoterapeuta UOC CERRIS – RSA per Disabili di Marzana (AULSS 9 Scaligera); Prof. Dott. Gianluigi Fanchiotti, Presidente Associazione per lo Sviluppo del Metodo Snoezelen Onlus - Verona, Prof. Paolo Caneva, Coordinatore del Dipartimento di Musicoterapia del Conservatorio di Musica “E.F. Dall’Abaco” di Verona

ABSTRACT

La letteratura scientifica definisce il dolore come un’esperienza che interessa il soggetto umano nella sua interezza, coinvolgendolo in tutti diversi aspetti che lo caratterizzano. Componenti psicologiche, emozionali e affettive modulano la percezione del dolore fisico. La misurazione del dolore in soggetti con disabilità gravi risulta particolarmente difficoltosa, soprattutto se si utilizzano strumenti non invasivi.

Dopo aver appurato l’utilità della musicoterapia come pre-terapia centrata sul benessere e la validità del metodo Snoezelen, obiettivo del presente studio è inserire nei protocolli terapeutici tradizionali il metodo musicoterapico in stanza Snoezelen per il trattamento del dolore “globale”, con obiettivi specifici riguardanti i bisogni del paziente con disabilità “grave” e il miglioramento del benessere psicologico e fisico e della qualità di vita di quest’ultimo.

Il progetto “SUONO...COME VIBRAZIONE” ha visto quattro musicoterapeuti specializzandi del corso di Musicoterapia del Conservatorio di Musica “E.F. Dall’Abaco” di Verona seguire in un percorso musicoterapico nove utenti con disabilità gravi residenti nell’UOC CERRIS – RSA per Disabili di Marzana (AULSS 9 Scaligera), grazie al Premio “Leonardo Palmieri”. Associata alla loro analisi tramite Protocollo IMTAP, lo psicologo psicoterapeuta della struttura e le educatrici professionali di riferimento dei soggetti hanno svolto un lavoro di osservazione naturalistica pre, in itinere e post trattamento, sempre seguendo il filo di Arianna dato dai singoli PREI (Progetto Educativo Riabilitativo Individuale).

I risultati mostrano che la musicoterapia svolta in stanza Snoezelen ha influenze positive rispetto al dolore psicologico e fisico di persone con disabilità e ha intrinsecamente la capacità di creare

benessere e di migliorare lo status generale dell'individuo coinvolto. Il presente studio può considerarsi un ottimo avvio per una ricerca più ampia sul trattamento del dolore in pazienti disabili utilizzando metodi non invasivi.

Un limite, tra gli altri, è la scelta di questo campione, difficilmente valutabile con l'utilizzo di test e questionari "tradizionali" a causa dei deficit cognitivi e linguistici. Future ricerche necessiteranno di un ampliamento del campione da analizzare e di un approfondimento della variabile dolore in termini fisiologici mediante l'utilizzo di una strumentazione idonea.

Keywords: pain, disability, music-therapy, Snoezelen Method, psychological suffering, treatment of pain and other related words.

Motori di Ricerca: PsycINFO – PubMed / MEDLINE – ResearchGate – Google Scholar

“La medicina senza lo psichico è un rudimento”

(Ippocrate)

PREMESSA E INTRODUZIONE

Già nel 1986 la I.A.S.P (*International Association for the Study of Pain*) definisce il dolore come “Un’esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno. E’ un’esperienza individuale e soggettiva, a cui convergono componenti puramente sensoriali (nocicezione) relative al trasferimento dello stimolo doloroso dalla periferia alle strutture centrali, e componenti esperenziali e affettive, che modulano in maniera importante quanto percepito”.

Il dolore appunto non viene solamente vissuto come fisico-sensoriale ma viene generalizzato a tutti gli aspetti dell’essere umano in quanto “esperienza soggettiva” che coinvolge a livello globale tutto ciò che caratterizza l’individuo: le componenti psicologiche, emozionali ed affettive modulano la percezione/interpretazione personale del dolore e possono essere di grande supporto od ostacolo in situazioni particolari (Ravaioli, 2011).

Il dolore quindi ha maggiormente origine somatica ma colui che ne soffre vive gli “effetti collaterali” che a loro volta generano dolore in un’ottica di ciclicità, amplificandone la percezione: in senso globale il dolore genera/è generato da depressione, rabbia e ansia, oltre che comportamenti problematici (isolamento, ricerca di attenzione) e vissuti di sofferenza (umiliazione e vergogna del proprio corpo) e assume caratteristiche di afflizione personale che trova nella propria

eziopatogenesi anche motivazioni psicologiche e sociali (OMS, 2012): esso quindi influenza ogni aspetto della vita del soggetto che arriva talvolta anche ad avere un'autonomia limitata (pure nella cura di sé) e spesso le sue abitudini sociali e lavorative sono fortemente compromesse (Ravaioli, 2011).

Anche Turk (2011) sottolinea la necessità di considerare “non solo la componente somatica (sensitiva) del dolore, ma anche l'umore del paziente, i suoi atteggiamenti, il modo in cui fa fronte al suo dolore, le sue risorse, le risposte da parte dei familiari e l'impatto del dolore sulla loro vita”.

Detto questo, se ad un concetto così particolare e soggettivo, abbiniamo un individuo portatore di disabilità grave e ritardo cognitivo, l'approccio al tema del dolore rappresenta sicuramente una sfida alquanto difficile.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1980 definisce la disabilità come qualsiasi limitazione o perdita della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano. La disabilità è la condizione personale di chi, in seguito ad una o più menomazioni, ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto a ciò che è considerata la norma, pertanto è meno autonomo nello svolgere le attività quotidiane e spesso in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale (OMS, 1980). Una successiva specificazione della definizione viene data nel documento che ha per titolo “*International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*”, nel quale anche solamente dall'intestazione si può notare un approccio più globale alla persona, che non viene classificata solamente in base ad un disturbo (strutturale o funzionale) ma questo viene rapportato ad uno stato considerato “di salute” generale (OMS, 2001).

In un ambito comunitario residenziale come quello che si andrà ad esplorare in questa ricerca, il paziente con disabilità purtroppo non può che essere portatore di una limitazione fisica e cognitiva grave e non gestibile nel contesto familiare classico. Visti quindi tutti gli “ostacoli” del caso, come manifesta il dolore un individuo spesso incapace di verbalizzare e a volte anche con difficoltà a comunicare con mezzi alternativi quali lo sguardo, la vocalizzazione, la gestualità?

La misurazione del dolore prevede come standard clinico l'utilizzo di strumenti di auto-valutazione riconosciuti a livello scientifico, ma quando il ritardo cognitivo risulta essere invalidante al punto di impossibilitare le abilità espressive, non resta che ricorrere all'osservazione con la quale documentare indizi e cambiamenti comportamentali in relazione al dolore percepito (Storti et al., 2014).

Anche Nota, Randal e Soresi (2002) sottolineano la necessità di utilizzare tecniche dirette (che si riferiscono ad operazioni immediate di registrazione dei comportamenti, delle prestazioni e delle attività che, in un determinato contesto, la persona manifesta e svolge) per la raccolta di informazioni in presenza di disabilità intellettive gravi tra le quali figurano appunto l'osservazione dei comportamenti, l'analisi delle attività e delle prestazioni e l'analisi funzionale.

“Le capacità cognitive e di espressione verbale sono indispensabili per una corretta auto-valutazione del dolore ed è riconosciuto che se il paziente affetto da demenza lieve-moderata può essere considerato ancora affidabile, ciò non può essere applicabile a quello con demenza severa”. Queste parole di Storti e colleghi lasciano intendere bene come questo mondo risulta essere particolarmente complicato da studiare, soprattutto se non si utilizzano strumenti prettamente di ambito medico considerati “invasivi” che misurano gli indicatori fisiologici del corpo (che possono essere chimici quali presenza di ormoni, immunoglobuline, ecc; cardiovascolari quali pressione sanguigna, battito cardiaco, tono vagale, ecc; associati alla conduttanza della pelle, ecc) e se si vuole anche andare ad indagare l’area del dolore più tipicamente psicologica (Nota et al, 2002).

Un altro aspetto importante da considerare nel lavoro con i pazienti gravi è la loro percezione di sé, spesso distorta perché visti come svantaggiati a causa dei loro “limiti” (fisici, cognitivi, sociali e culturali) e a causa dell’ambiente che li circonda, che solitamente li considera degli “eterni bambini”. Il senso di isolamento e di solitudine è un loro costante compagno di vita.

La famiglia, che spesso ha difficoltà nell’accettazione della malattia a causa del senso di colpa e vissuti di fallimento genitoriale che portano all’instaurare meccanismi difensivi, (Zanobini & Usai, 1998), e la società possono influenzare molto negativamente la loro ricerca di una identità propria e autostima personale, spesso pensando di fare del bene, ma all’opposto creando una “super-protezione” che è appunto paragonabile a quella dei bambini piccoli: non prendono decisioni importanti, non vanno alla ricerca di un’autonomia personale, non lavorano, non hanno rapporti amorosi o sessuali, ecc (Pistis, 2004). Il livello di *handicap*¹ non è diretta conseguenza della menomazione iniziale: a parità di danno di base ogni individuo può vivere diversamente la propria condizione a seconda del contesto storico e culturale in cui nasce, a seconda delle dinamiche familiari in cui è immerso, delle richieste ambientali cui è sottoposto, della condizione socio-economica, ecc (Zanobini & Usai, 1998).

Il comune vissuto di disagio e di non adattamento contestuale che vivono queste persone in presenza di ambienti nuovi fa entrare in gioco l’utilizzo della Musicoterapia (vissuta come musica che lavora in profondità in un senso vibrazionale e di regressione della persona) in stanza Snoezelen, considerata come cura palliativa e pre-terapia abbinata alla cura farmacologica e “psicoterapeutica” che i soggetti della ricerca già ricevono per la gestione del loro dolore psicologico e fisico derivante dalla loro disabilità.

¹ L’handicap è descritto dall’OMS come un fenomeno sociale, in quanto legato alle conseguenze sociali e ambientali di una disabilità: una situazione di svantaggio vissuta da una determinata persona che limita o impedisce la possibilità di ricoprire il ruolo normalmente proprio di quella persona in relazione ad età, sesso e fattori socioculturali (OMS, 1980).

Obiettivo quindi è di inserire nei “comuni” protocolli terapeutici un metodo diverso di trattamento del dolore, un metodo appunto non invasivo con alle spalle una ricerca scientifica recente e che ha poco indagato le specifiche variabili scelte per questo percorso: il dolore in un senso più globale, la disabilità grave e la reattività del soggetto alla musicoterapia in stanza Snoezelen.

Limitazioni già evidenti in letteratura sono la difficoltà della valutazione del campione che verrà selezionato, la difficoltà nell'utilizzo di test e questionari adattabili a deficit cognitivi gravi e deficit della comunicazione e le problematiche etiche (Soresi & Nota, 2003). Inoltre un ostacolo dato dalla particolare struttura quale è l'UOC CERRIS - RSA per Disabili di Marzana (AULSS 9 Scaligera) o il Conservatorio di Musica “E.F. Dall'Abaco” di Verona è la mancanza di attrezzature medico-scientifiche specifiche per lo studio delle risposte fisiologiche legate alla percezione del dolore fisico, specialmente di quelle non invasive.

PROGETTO “SUONO...COME VIBRAZIONE”

Il progetto in questione è ritenuto uno studio preliminare per determinare poi la adeguatezza e l'utilizzo del protocollo selezionato in un futuro campione rappresentativo. Il campione selezionato è di pazienti con disabilità certificate medio-gravi e gravi di diversa origine, aventi però obiettivi “di vita” comuni dati dal loro Progetto Educativo.

“SUONO... COME VIBRAZIONE. L'utilizzo del suono e della vibrazione in Stanza Snoezelen come possibile strategia di sollievo al dolore globale” vede il lavoro di quattro musicoterapeuti del corso biennale di specializzazione in Musicoterapia del Conservatorio statale di Musica di Verona focalizzato sulla ricerca dei benefici dell'intervento musicoterapico in stanza Snoezelen sul dolore “globale” dei soggetti scelti. Il focus sul sollievo dal dolore fisico e emotivo-psicologico è proprio l'elemento differenziante dai lavori precedenti svolti sempre nella collaborazione tra il Conservatorio di Musica di Verona, l'UOC CERRIS – RSA per Disabili di Marzana (AULSS 9 Scaligera), l'Associazione per lo sviluppo del Metodo Snoezelen Onlus Verona, la Fondazione Cattolica Assicurazioni (Verona) e il Rotary Club Verona.

I musicoterapeuti si relazionano con i partecipanti con l'utilizzo del “veicolo” propriamente vibrazionale legato alla musica che può determinare una riduzione dei livelli di ansia e stress ed indurre il paziente ad una migliore gestione del dolore e quindi creazione di benessere (Crocchi, 2016).

Essi, grazie anche all'uso della strumentazione musicale, mirano alla “sintonizzazione affettiva” con l'utente che con l'aiuto del suono-musica può superare le difficoltà comunicative e sanare ciò che il co-fondatore del metodo Snoezelen Ad Verheul chiama la “ferita comunicativa” (1987).

METODOLOGIA

La Musicoterapia

Kenneth Bruscia nel 1987 definisce la musicoterapia come “[...] un processo finalizzato in cui il terapeuta aiuta il cliente a migliorare, mantenere o ristabilire uno stato di benessere, usando esperienze musicali e le relazioni che si sviluppano loro tramite come forze dinamiche di cambiamento”.

Un po' di anni dopo la *World Federation of Music Therapy* (Federazione Mondiale di Musicoterapia) amplia il concetto precedente e propone la seguente definizione: “La musicoterapia è l’uso della musica e/o degli elementi musicali (suono, ritmo, melodia e armonia) da parte di un musicoterapeuta qualificato, con un utente o un gruppo, in un processo atto a facilitare e favorire la comunicazione, la relazione, l’apprendimento, la motricità, l’espressione, l’organizzazione e altri rilevanti obiettivi terapeutici al fine di soddisfare le necessità fisiche, emozionali, mentali, sociali e cognitive. La musicoterapia mira a sviluppare le funzioni potenziali e/o residue dell’individuo in modo tale che questi possa meglio realizzare l’integrazione intra- e interpersonale e consequenzialmente possa migliorare la qualità della vita grazie a un processo preventivo, riabilitativo o terapeutico” (1996).

Essa è quindi una disciplina scientifica che studia gli effetti degli elementi musicali sull’essere umano a livello organico e psichico: la musicoterapia fa parte delle tecniche non farmacologiche per la gestione del dolore (usata soprattutto negli approcci cognitivo-comportamentali), che deve essere però praticata assieme alle terapie tradizionali farmacologiche, essendo essa una terapia complementare e non sostitutiva (Cepeda et al., 2006).

Anche Alvin (1975) definisce la musicoterapia come “l’uso controllato della musica nel trattamento, nella riabilitazione, nell’educazione e nella preparazione di bambini ed adulti che soffrono di disturbi fisici, mentali o emotivi”.

In questa ricerca, in particolare, i musicoterapeuti si sono focalizzati nell’approccio musicoterapico “musico-centrato” (MMC), che pone centralmente la qualità dell’esperienza musicale di per sé e rispecchia il valore sociale della musica come bene comunitario. Questo modello, teorizzato da Aigen nel 2005, alla base ha l’idea che il “fare musica” sia, al tempo stesso, il mezzo e il fine della terapia musicale, guardando anche al processo di cambiamento che si instaura nel soggetto coinvolto (Ruoppolo, 2015).

LA STRUTTURA DEL PROGETTO

Professionisti

Dal corso di specializzazione in “Musicoterapia – Operatori musicali per il benessere” del Conservatorio di Musica “E.F. dall’Abaco” di Verona quattro specializzandi (Dottori Bertoneri, Menini, Simbeni, Spaderi) hanno preso parte al progetto impiegando un totale di 210 ore di lavoro frontale con i soggetti, distribuite nell’arco di circa tre mesi, dall’inizio del mese di settembre 2016 a circa metà novembre 2016.

Ogni musicoterapeuta ha seguito da due a cinque utenti (in base all’obiettivo ipotizzato inizialmente con il dirigente psicologo psicoterapeuta della struttura Dott. Fabrizio Varalta e con la coordinatrice dell’Area Disabilità Dott.ssa Tiziana Bucella), per un totale di 18 incontri della durata di un ora circa ogni singolo utente. Gli incontri avevano cadenza bisettimanale.

Utenti

Al progetto “SUONO...COME VIBRAZIONE” hanno partecipato nove utenti con disabilità, sei dei quali di genere maschile e tre di genere femminile tra i 27 e i 61 anni, con diagnosi piuttosto diversificate tra loro: grave trauma cranico, sindrome di down associata a diabete mellito di tipo 1, sindrome di SanFilippo, gravissima oligofrenia con disturbi del comportamento causata da cerebropatia neonatale, tetraparesi spastica, miopatia fibrillare, esiti di cerebropatia neonatale con grave oligofrenia e sindrome psicotica, paralisi cerebrale infantile con diplegia spastica ed insufficienza mentale medio grave, oligofrenia grave con psicosi dissociativa⁽²⁾. Ecco che si possono rivedere alcune delle limitazioni di questo studio, date dal tipo di campione non rappresentativo difficilmente valutabile per i gravi deficit cognitivi e linguistici presenti e dalla variabilità dello stesso campione.

² Le specificità di ogni singolo paziente (diagnosi, aspetti cognitivi e linguistici, ecc) vengono trattate nella relazione conclusiva dei musicoterapeuti Bertoneri, Menini, Simbeni, & Spaderi (2017) “SUONO...COME VIBRAZIONE. L’utilizzo del suono e della vibrazione in Stanza Snoezelen come possibile strategia di sollievo al dolore “globale””.

Spazi di lavoro

La struttura ospitante è nuovamente l’ UOC CERRIS – RSA per Disabili di Marzana (AULSS 9 Scaligera). Sono appunto anni che il Conservatorio di Verona e questa struttura collaborano con i progetti anche grazie agli spazi adatti (in particolare la stanza Snoezelen di cui approfondiremo successivamente) e alla tipologia di utenza residente e frequentante l’UOC CERRIS.

Il Centro Educativo e Riabilitativo per la Ricerca e l’Intervento Sociale (UOC CERRIS) è un’Unità Operativa Complessa (atto az. 2013) che accoglie soggetti diversamente abili e minori normodotati con rilevanti problematiche di disagio familiare e psico-sociale in regime residenziale e/o semiresidenziale ad elevata integrazione socio-sanitaria. Ogni operatore all’interno della struttura

segue i principi della Terapia d'Ambiente³, che propone un approccio globale alla persona unitamente alla relazione educativa e alla riabilitazione.

La metodologia di intervento prevede una progettualità condivisa (con anche l'elaborazione di programmi educativi riabilitativi individualizzati -PREI-) tra operatori, educatori e familiari/tutori che prendono unitamente in carico tutti gli ambiti della persona da curare.

Riguardo specificamente ai pazienti con disabilità, all'interno del CERRIS sono presenti quattro Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per disabili, (due dei quali presso l'ospedale di Marzana), una comunità alloggio e tre Centri Diurni (CEOD). Tutte questi nuclei offrono interventi ed attività:

- Sanitari, quali assistenza medica programmata e riabilitativa per gli ospiti residenziali ed assistenza infermieristica;
- Socio-Assistenziali, quali la cura ed l'accudimento degli ospiti in tutti gli aspetti della vita quotidiana;
- Socio-Educative (attività educative abilitative e riabilitative).

³ La Milieu Therapy (Terapia d'Ambiente) nasce negli anni '20 negli U.S.A e si propone di migliorare non tanto l'ambiente fisico in cui vive il paziente, quanto l'atmosfera sociale ed affettiva. L'obiettivo consiste nel modificare/modulare il contesto in modo da renderlo compatibile con le capacità funzionali del soggetto e, al tempo stesso, modificare le aspettative terapeutiche sia delle persone che si prendono cura dei pazienti che dei pazienti stessi (Coons, 1978; Ermini-Funfschilling and Meier, 1995). Fondamentale è l'*involvement* ossia il coinvolgimento del paziente che prende un ruolo attivo nella cura della sua malattia (Lombardo, 2007).

Stanza Snoezelen

Il progetto (come anche gli altri progetti antecedenti) prende vita dalla natura multisensoriale della Stanza Snoezelen presente all' UOC CERRIS – RSA per Disabili di Marzana su progettazione dell'Ing. Enrico Orofino.

Il metodo Snoezelen nasce in Olanda nel 1974 grazie al lavoro dei due terapisti fondatori Jan Hulsegge e Ad Verheul i quali, dopo anni di lavoro con le attività riabilitative tradizionali, dichiararono di voler creare un “offerta selezionata di stimoli primari in un ambiente attraente” (prima definizione di Snoezelen) senza però indirizzare gli utenti a un qualche preciso comportamento ma lasciando loro “liberi di fare le proprie scelte” (Hulsegge & Verheul, 1987).

Essi si sono affidati al “[...] linguaggio dei sensi, al linguaggio vicario dei sensi: vicario cioè a quello che questi bambini o giovani adulti non esprimono, quindi vicario ai silenzi del deficit cognitivo” che permette di “[...] verificare i miglioramenti che si possono ottenere non solo in quella che noi chiamiamo plasticità neuronale, ma anche in tutti quei disturbi correlati che i *bambini* hanno: sono *bambini* che hanno dolore, che hanno spasmi, che hanno sensazione di malessere. Per

cui si rilassano e quindi vengono a migliorare nella percezione, nel comportamento e nella comunicazione” (Fanchiotti, 2016)

Snoezelen è un neologismo creato nel 1979 dalle parole olandesi "*snuffelen*" (esplorare, odorare, trovare,) e "*doezelen*" (riposare, sonnecchiare, pisolare).

“La stimolazione multisensoriale controllata, detta appunto stimolazione Snoezelen, viene utilizzata da tempo con le persone con disabilità mentali. Le stanze Snoezelen sono create appositamente per stimolare tutti i sensi, usando effetti di luce, colori, suoni, musica, profumi, ecc. Combinazioni di materiali diversi sulle pareti possono essere esplorate col tatto e anche il pavimento può essere allestito in modo da favorire il contatto dei piedi e stimolare il senso di equilibrio e l'armonia riflessologica” (Bertelli, 2011).

Scopo quindi è favorire il benessere, il rilassamento e la soddisfazione individuale della persona attraverso la creazione di un'atmosfera rilassante e ludica, sensazioni poi trasferibili ad ogni aspetto della vita quotidiana di chi ne fa utilizzo.

Il setting della stanza del CERRIS è composto da cinque zone attrezzate: una prima zona di stimolazione prettamente visiva e tattile denominata “cielo stellato”; una seconda uditiva e corporea, dove è presente una poltrona vibrante e massaggiante nella quale è inserito l'impianto di amplificazione del suono; una terza visiva, formata da un fascio di fibre ottiche luminose comandate da una pulsantiera che ne cambia i colori; una quarta olfattiva, dove è posto un diffusore di essenze; una quinta visiva, dove è posto un tubo verticale luminoso a bolle dotato di pulsantiera per il cambio dei colori.

Per un “utilizzo corretto” dello spazio Snoezelen da letteratura non sono richieste procedure specifiche o misure di esito standardizzate: è anche per questa ragione che l'attività musicoterapica si è posta come elemento di ponte tra le stimolazioni già presenti nella stanza e gli impulsi musicali e vibrazionali dati dalle sedute musicoterapiche. “ [...] La musica è una cosa magica: li trasforma, li calma, li incita a esprimere tutto ciò che non è stato espresso. La musica ha un'azione rilassante e non si ricorre quindi alla terapia farmacologica con questo sistema. Bambini che sono magari ipercinetici, ipertonici, che urlano, mettendoli in questa stanza e facendo scegliere loro il percorso di una terapia – che noi chiamiamo “dieta sensoriale” – prendono una certa ritmicità. E' chiaro che il musicoterapista deve avere una grande empatia: con la sua musica, si inventano canzoni, si forma un coro delizioso, che li calma, che li trascina, che li affascina” (Fanchiotti, 2016).

Ad oggi gli ambienti Snoezelen sono stati inseriti nelle residenze assistenziali di tutto il mondo (in particolare in Germania che può vantare di circa 1200 stanze). Nella città di Verona sono solamente altre due le strutture che oltre all'UOC CERRIS posseggono una stanza Snoezelen: l'Istituto Fortunata Gresner e l'Istituto Don Calabria.

STRUMENTI

Come già appurato dalla letteratura scientifica presente, la difficoltà di valutare scientificamente e con sufficiente attendibilità il dolore utilizzando tecniche non invasive è molto alta, specialmente in pazienti con gravi deficit cognitivi e linguistici (Storti et al., 2014).

Per la ricerca i musicoterapeuti sotto la supervisione della Dott.ssa Elena Fasoli (musicoterapista) e del Prof. Paolo Caneva (Coordinatore del Dipartimento di Musicoterapia presso il Conservatorio di Verona) hanno utilizzato il Protocollo IMTAP, somministrandolo nella fase iniziale degli incontri con ogni singolo paziente e al termine degli stessi, valutandone i cambiamenti con un modulo di quantificazione numerica.

Associato all'IMTAP si è ricorso alla tecnica dell'osservazione, effettuata dallo psicologo psicoterapeuta della struttura (Dottor Fabrizio Varalta) e dalle educatrici professionali referenti di ogni singolo paziente anche qui sia in fase pre- che in fase post-trattamento. Tutti i resoconti sono stati poi raccolti, analizzati e confrontati.

Il Protocollo IMTAP

Il protocollo IMTAP, letteralmente *Individualized Music Therapy Assesment Profile*, “[...] consiste in un processo di valutazione in più livelli, partendo dalla compilazione di un modulo di presa in carico, e terminando con la compilazione dei dati raccolti attraverso un programma per computer che permette di visualizzare in modo chiaro a livello grafico, il profilo di ogni cliente valutato lungo il tempo. Attraverso l'IMTAP è possibile valutare ogni cliente sia in sedute di musicoterapia pianificate e strutturate dal terapeuta, che in interventi di improvvisazione musicoterapica che vengono osservati al fine di valutare la risposta del cliente nei diversi domini di funzionamento considerati. Il risultato di questo processo fornisce informazioni di facile interpretazione sul funzionamento del cliente e sull'efficacia delle strategie musicoterapiche attuate” (Baxter et al., 2007).

Esso è uno strumento di semplice e graduale somministrazione, definibile “flessibile”, composto da dieci domini connessi ma non dipendenti l'uno dall'altro: ciò significa che ogni professionista può decidere quali applicare di volta in volta in base agli obiettivi specifici e personalizzati di ogni singolo utente seguito. I suddetti domini sono: motricità, motricità fine, motricità orale, ambito sensoriale, ambito percettivo/recettivo, ambito espressivo/comunicativo, ambito cognitivo, ambito emozionale, ambito sociale, musicalità.

Grazie alle sue peculiarità, il protocollo può essere utilizzato con diversi scopi e a diversi livelli quali ad esempio come mezzo per valutare competenze specifiche, come metodo di ricerca, come strumento per monitorare il funzionamento complessivo del cliente e i miglioramenti/peggioramenti, come piano di trattamento per un lavoro musicoterapico, ecc (Baxter

et al., 2007).

Se correttamente applicato, permette di acquisire importanti informazioni riguardanti una vasta gamma di abilità funzionali di diverse tipologie di utenza: anche se nato come strumento per valutare bambini e adolescenti con diagnosi varie, esso può fornire informazioni riguardanti soggetti con disabilità (anche multiple), con disturbi psicologici e fisici gravi, con tratti autistici, con difficoltà di apprendimento e di comunicazione.

L'Osservazione

Il metodo osservativo è un particolare metodo scientifico che permette di osservare, registrare, descrivere, trascrivere e codificare il comportamento umano o l'interazione sociale che si realizza tra le persone sia in condizioni standardizzate (osservazione standardizzata) sia in condizioni naturali (osservazione naturalistica) (Bakeman e Gottman, 1997).

Si propone quindi di indagare le relazioni realmente esistenti tra una o più variabili, in situazioni dove spesso l'intromissione di uno o più sperimentatori potrebbe causare difficoltà nella raccolta dei dati (sfalsarli, ad esempio) oppure addirittura dove non c'è la possibilità di raccogliere dati per cause esterne superiori. Può essere usata sia per verificare ipotesi precise, sia con uno scopo meramente descrittivo (Pedon & Gnisci, 2004).

Si differenziano diversi tipi di osservazione:

- Naturalistica: fa parte del capitolo più ampio dell'osservazione diretta del comportamento e avviene in contesti di vita quotidiana dove il controllo dei ricercatori è minimo, ma che permette loro di raccogliere dati sul comportamento dei soggetti senza interferire sul loro modo di agire (non intrusività e mancanza di artificialità);
- Documentaria: quando non prevede alcun coinvolgimento dell'osservatore e intende esplorare un evento piuttosto che raccogliere materiale finalizzato ad un obiettivo prestabilito;
- Diretta e indiretta: in base alla presenza o meno dell'osservatore;
- Partecipante o non partecipante: se l'osservatore si fa coinvolgere nelle attività degli osservati o se invece preferisce evitare interferenze;
- Occasionale o sistematica: se la progettazione del disegno sperimentale è ancora in fase preliminare o se invece segue un progetto con criteri ben definiti;
- Controllata: la ricerca prevede un certo controllo della variabile dipendente senza però che si vada in alcun modo a manipolare la variabile indipendente.

L'osservazione può essere realizzata seguendo un approccio quantitativo o qualitativo, a seconda

della posizione epistemologica del ricercatore e alla sua necessità di misurare e quantificare ciò che si intende misurare (comportamenti, manifestazioni di emozioni, ecc) (Pediton & Gnisci, 2004). Limiti di questo metodo sono il rischio di cadere nella trappola dell'interpretazione dell'agito dell'altro, del non stabilire un netto confine tra l'osservatore e l'osservato, della soggettività nella raccolta dei dati. Inoltre alcuni comportamenti sono difficilmente osservabili in quanto avvengono raramente o solo in contesti privati e anche che una buona parte del metodo è posta in mano all'osservatore e alla sua capacità di codificare correttamente un comportamento. È proprio a causa di questo aspetto negativo che la tecnica dell'osservazione è stata criticata in letteratura ma, soprattutto nell'osservazione di tipo naturalistico (quella utilizzata in questo studio), non significa che il ricercatore sia svincolato da qualsiasi regola o che il suo lavoro sia a-sistematico e privo di ipotesi, anzi proprio questo metodo prevede una selezione attenta degli aspetti da controllare (Pediton & Gnisci, 2004). Inoltre, considerando sempre la tipologia di utenza di questo progetto di studio che possiede disabilità particolarmente gravi in diversi ambiti, quando si è interessati all'analisi dei comportamenti disadattivi o all'osservazione di particolari variabili che vanno ad incidere sul benessere della persona, e quindi portando attenzione sia alle componenti personali che a quelli ambientali (Kanfer, 1973), è auspicabile il ricorso all'osservazione diretta dei comportamenti nei loro ambienti naturali di comparsa (Soresi & Avanzi, 1982), quali ad esempio il nucleo residenziali.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Nella tabella sottostante è presente una sintesi del lavoro dei musicoterapeuti ⁴.

UTENTE	GENERE	ETA'	DIAGNOSI	LIVELLO COMUNICATIVO	VALUTAZIONE STATO (PRE-TERAPIA)	VISSUTI MANIFESTATI	AMBITI IMTAP	OBIETTIVI PSICOLOGICI SPECIFICI	RISULTATI OTTENUTI
MCP	F	55	Miopatia fibrillare	Minimo: si esprime con cognizione ma solo labialmente	Lucidità, comprensione della negativa condizione di vita, rifiuto dell'ambiente circostante	Rabbia e depressione	Percettivo/ recettivo, espressivo/comunicativo, cognitivo, emozionale, musicalità	Maggior autostima, creazione di una relazione di fiducia duale	Maggior fiducia in sé, buona relazione con l'altro, minor numero di atteggiamenti di chiusura
GZ	M	45	Cerebropatia neonatale con grave oligofrenia e sindrome psicotica	Minimo: poco linguaggio semplice e ripetitivo	Alti livelli d'ansia, senso di abbandono paterno, ossessioni e stereotipie, incertezza e paure per le novità	Attacchi di ansia, tratti depressivi ma entusiasmo per le attività	Percettivo/ recettivo, espressivo/comunicativo, cognitivo, emozionale, musicalità	Minor ansia, aumento spam di attenzione	Minor numero di stereotipie, minor estraniamento, riduzione crisi di ansia, alto coinvolgimento nelle attività e maggior attenzione
FG	M	27	Ritardo psicomotorio da sofferenza fetonatale e cecità	Minimo: difficoltà linguistiche sia nella comprensione che nel parlato	<u>Dolore acuto</u> alla parte inferiore del corpo, crisi ossessive facilmente scatenabili, ansia per il non-conosciuto	Necessità di mantenere sempre il <i>Modus Operandi</i> uguale	Espressivo/comunicativo, emozionale, musicalità	Maggior benessere, riduzione delle ossessioni e dell'indisposizione ai cambiamenti	Lento aumento della tollerabilità al cambiamento, rilassamento della muscolatura dolorante, benessere generalizzato dato dall'ascolto musicale
RM				Minimo:		Grave tristezza e		Rilassamento corporeo e	
<p>⁴ Per un approfondimento si veda la relazione conclusiva “SUONO...COME VIBRAZIONE. L'utilizzo del suono e della vibrazione in Stanza Snoezelen come possibile strategia di sollievo al dolore “globale” – Premio Leonardo Palmieri 2016” (Bertoneri, Menini, Simbeni & Spaderi, 2017).</p>									
SB	M	61	Esiti di poli-trauma con trauma cranico grave	Minimo: verbalizzazioni poco chiare e con poche parole	Calo della memoria continuo, motricità grossa e fine limitata	Totale chiusura in sé	Espressivo/comunicativo, cognitivo, sensoriale, emozionale, musicalità	Miglioramento benessere psicologico, accrescimento dell'autostima, incremento dell'uso della memoria, controllo delle abilità motorie	Maggior consapevolezza di sé, accettazione delle gratificazioni, aumento dell'autostima
SR	M	45	Grave oligofrenia, disturbo del comportamento, patos neuromotoria insorta	Minimo: limitato numero di parole con ripetizioni e stereotipie	Grave deficit neuromotorio con <u>dolore</u> nel deambulare, in generale socievole	Tratti ansiosi, insicurezza	Espressivo/comunicativo, sociale, cognitivo, musicalità	Maggior sicurezza personale, accrescimento della memoria a lungo termine	Aumento attenzione, minor numero di stereotipie verbali, apertura alle emozioni, diminuzione paure e ansie
EM	F	33	Sindrome di San Filippo, gravissima disabilità psicomotoria	Assente: assenza di comunicazione	Funzionamento cognitivo altamente compromesso, paralisi parte inferiore del corpo, <u>forti dolori muscolo-scheletrici</u> , spasmi muscolari dolorosi della parte superiore del corpo, sporadiche crisi epilettiche, livello visivo e uditivo minimo	Visutti di dolore manifestati con mugugni e pianti, rifiuto fisico per le attività non desiderate, tratti aggressivi	Emozionale	Favorire il rilassamento psicofisico, diminuire la tensione muscolare	Riduzione segnali di dolore psico-fisico, maggior serenità, rilassamento tono muscolare, maggior benessere generale
LM	M	40	Sindrome di Down, diabete mellito di tipo 1	Minimo: sia espressivo che di comprensione	Ritardo mentale, pensieri ricorrenti/semi-intrusivi sulla figura materna	Partecipazione attiva, solarità	Espressivo/comunicativo, motricità fine, musicalità	Maggior consapevolezza di sé	Miglioramento livello verbale e di consapevolezza corporea
VA	F	42	Paralisi cerebrale con diplegia spastica, epilessia	Minimo: presenza di disturbi del linguaggio	Ritardo mentale medio/grave	Chiusura, fobia della malattia e della morte, tratti aggressivi	Espressivo/comunicativo, emozionale, musicalità	Maggior benessere, riduzione delle paure, aumento della verbalizzazione delle emozioni	Capacità maggiori di "stare" nella relazione, aumento della aperture emozionali, maggior fiducia nell'altro, aumento del benessere

Gli obiettivi avevano come base i quattro bisogni del grave:

1. la necessità di essere contenuto (stanza e musicoterapeuta);
2. la necessità di essere ricomposto come integrazione del sé (generare l'unità dell'IO);
3. la necessità di avere un complemento-amplificatore (il musicoterapeuta è mediatore tra l'interno del soggetto e l'esterno);
4. la necessità di un ponte verso lo sviluppo sociale (il musicoterapeuta funge da modello per permettere al soggetto di interiorizzare conoscenze).

Ed in particolare analizzavano:

- il miglioramento dell'autostima e dell'autoefficacia personale acquisendo maggiore consapevolezza di sé nel percepirsi all'interno del contesto;
- la diminuzione dell' ansia (anche riguardo alle novità intese come stimoli “nuovi”) e della rabbia interiore rispetto al “riconoscimento” degli stimoli, avendoli codificati;
- maggior controllo delle emozioni e della manifestazione di queste;
- riduzione delle stereotipie e dei manierismi.

Tutto questo all'unisono per raggiungere la meta fondamentale del benessere psicologico che potesse alleviare il dolore vissuto quotidianamente (sia psicologico che fisico).

Le difficoltà cognitive e linguistiche degli utenti hanno reso il lavoro dei musicoterapeuti particolarmente difficoltoso. L'incontro iniziale e la collaborazione costante con gli educatori referenti dei ragazzi ha permesso loro di capire i significati delle gestualità e dei vocalizzi.

I risultati riscontrati dai protocolli IMTAP analizzati dai quattro musicoterapeuti sono stati:

- una maggior consapevolezza e percezione di sé con acquisizione di sicurezza;
- una crescita dell'autostima personale;
- la creazione di un rapporto di fiducia con il musicoterapista e quindi apertura con l'esterno;
- una riduzione dell'ansia e parzialmente delle stereotipie;
- una migliore espressione delle emozioni attraverso la musicalità, con grande coinvolgimento nelle attività;
- **un miglioramento del benessere generale, una maggior serenità psicologica, minor tensione muscolare e rigidità fisica.**

Dal canto dell'osservazione, gli educatori professionali di riferimento dei gruppi di residenza al CERRIS degli utenti (Aliseo, Pegaso 1 e 2, Farfalla e Arcobaleno) hanno notato, dall'inizio del percorso musicoterapico al termine di questo, un progressivo miglioramento del comportamento e dello stato generale dei soggetti coinvolti.

In particolare, dopo le sedute essi apparivano più sereni e rilassati, attivi nel partecipare alle mansioni nel nucleo (ognuno in base alle proprie possibilità), si dimostravano più comprensivi rispetto agli imprevisti e meno aggressivi nei litigi con i compagni. Hanno sottolineato la volontà (anche maggiore rispetto a prima) di partecipare alle attività musicali al CERRIS (quale ad esempio il coro tenuto da alcuni operatori) ponendosi in una modalità positiva rispetto all'azione con minori vissuti di ansia e agiti aggressivi.

In tutti questi pazienti, associato alla malattia o al disturbo di cui soffrono, è presente anche un dolore o fastidio fisico propriamente derivante dalla condizione. In particolare gli utenti FG, SR e EM, per i quali è presente una diagnosi includente dolori muscolari o scheletrici acuti, dopo le sedute si sono dimostrati meno tesi, con un minor numero di spasmi muscolari e meno doloranti nei momenti di igiene personale e nell'atto di coricarsi a letto (peculiarità confermate anche dagli infermieri della struttura).

Anche i due soggetti che hanno seguito il percorso di musicoterapia in modo parziale (o comunque "spezzato") a causa del ricovero ospedaliero e della necessità avvenuta di un TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio), hanno mostrato in generale risultati positivi.

Riguardo il versante psicologico gli utenti, dal momento dell'ingresso all' UOC CERRIS, sono seguiti con periodicità dallo psicologo psicoterapeuta della struttura Dottor Fabrizio Varalta, in sedute di supporto psicologico, desensibilizzazione, ristrutturazione cognitiva e/o sedute psicoanalitiche psicoterapiche, in base a quanto necessitato dal soggetto e a quanto stabilito sul PREI (Progetto Educativo Riabilitativo Individuale).

Lo psicologo ha notato durante il percorso musicoterapico una maggiore introspezione da parte dei soggetti, i quali, nei limiti delle loro capacità cognitive, hanno saputo vivere con minor ansia e stress i rimandi regressivi che il lavoro con la musica potesse creare. Inoltre hanno manifestato una maggior gestione dell'aggressività e delle stereotipie vocali e comportamentali derivanti dal porre domande "scomode" che smuovevano vissuti negativi e una conseguente migliorata capacità di elaborazione dei contenuti interiori. Ha avuto anch'egli conferma della loro cresciuta autostima personale e anche un positivo cambiamento riguardante il senso identitario. Sottolinea una minor sofferenza psicologica generalizzata e una maggior voglia della socialità anche con ciò che è loro

sconosciuto, oltre che alla ricerca della relazione.

Rivivendo con i tre soggetti del nucleo di residenza “Aliseo” l’iniziale (per loro sconvolgente) evento del cambio dell’operatore di riferimento, il Dottor Varalta ha potuto inoltre confermare una maggior abilità nel gestire la forte angoscia data dallo shock di un cambiamento così significativo per gli utenti, una perdita grave nella loro “famiglia”.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE ED IMPLICAZIONI FUTURE

Dalle osservazioni di questo studio si può trarre un’importante conclusione: la musicoterapia ha delle influenze positive rispetto al dolore psicologico e fisico di persone con disabilità medio/grave e grave. Il trattamento musicoterapico porta ad un miglioramento della qualità della vita del soggetto, ad un maggiore benessere psicologico e ad un calo del dolore fisico percepito. Nonostante la capacità naturale della musica di risvegliare l’inconscio e i vissuti infantili, fatto “pericoloso” se si considera il livello cognitivo e la storia di vita degli individui, sotto la guida esperta di un professionista possiede anche la dote inversa di “lenire e curare le ferite”.

A questo proposito, in riferimento alla tipologia di utenza di questo studio, R. Rossi nel trattato “La depressione mascherata” del 2006 (Ediz. Pancheri), specifica che l’incapacità di esprimere i vissuti è legata ad “ [...] una difficoltà nel tradurre i vissuti corporei in parole, lessico ed immagini, tramite una sorta di operazione creativa linguistica”. Se manca lo strumento atto a tradurre, “ [...] il vissuto del corpo non può che esprimersi come dolore, senso di peso gastrico, oppressione al torace, stanchezza fino al malfunzionamento diretto del corpo, mentre termini come tristezza, essere giù, essere disperati, sono sconosciuti”. Sono questi i casi dove facilmente si riscontra una componente psicogena del dolore che determina, amplifica o contribuisce a mantenere una patologia dolorosa (Ravaioli, 2011).

Questo porta ulteriormente a conferma le ipotesi iniziali e dimostra che sarebbe ideale proporre in tutti i trattamenti tradizionali al dolore “globale” un percorso di pre-terapia musicoterapica associato al percorso psicologico o psicoterapeutico.

Assolutamente fondamentale il ruolo della stanza Snoezelen: oltre a creare interesse attraendo gli utenti, essa ha il potere di stimolare la mente e il corpo sofferente attraverso “il linguaggio vicario dei sensi” (Fanchiotti, 2016). Anche Shapiro e colleghi riscontrano nel loro studio una diminuzione dei comportamenti maladattivi a favore di quelli adattivi e sociali oltre che ad un rilassamento corporeo ed abbassamento della frequenza cardiaca dei soggetti durante le sedute musicoterapiche in stanza Snoezelen (Shapiro et al, 1997). Essa ha intrinsecamente la capacità di creare benessere e quindi di migliorare lo status generale della persona.

Ovviamente lo studio non può che considerarsi un avvio ad una ricerca più ampia, con un numero

maggior numero di partecipanti e con una strumentazione che permetta analisi scientifiche dettagliate e approfondite. Come è detto precedentemente e come è appurato dalla letteratura nazionale ed internazionale, uno dei limiti riguarda appunto la difficoltà della valutazione di questa tipologia di popolazione –visto il complicato uso della testistica tradizionale e delle connesse problematiche etiche- (Soresi & Nota, 2003). Il conseguente limite è stato il non utilizzo di una strumentazione che permettesse un'analisi medico-scientifica specifica per le risposte fisiologiche legate alla percezione del dolore. Soresi e Nota (2003) dichiarano che la sola osservazione comportamentale non è sufficiente per dare una chiara interpretazione e valutazione di quanto accade in presenza di disabilità gravi e sottolineano che questo richiederebbe macchinari aggiuntivi, ulteriori conoscenze scientifiche, personale addizionale e comporterebbe maggiori difficoltà nella raccolta, nella gestione e nell'analisi dei dati (Boccia & Roberts, 2000 in Soresi & Nota, 2003).

Nonostante gli scorsi progetti di collaborazione attuati grazie al Premio Leonardo Palmieri hanno permesso di dimostrare l'importanza e l'utilità della musicoterapia in stanza Snoezelen su diverse tipologie di disabilità con dolore (per un approfondimento si veda il Report 2010-2016 della Dottoressa Elena Fasoli, 2017), ricerche future sulla variabile del dolore e della sofferenza somatica e psicologica vedranno come necessaria una cooperazione con strutture quali ad esempio ospedali o università che dispongono di una strumentazione idonea, adatta allo studio e alla comprensione della fondamentale parte fisiologica, in particolare delle patologie del Sistema Nervoso Centrale che hanno appunto nelle vie centrali e periferiche del SNC l'origine del sintomo dolore. Un'interessante possibilità potrebbe essere data dallo studio dell'azione dei neurotrasmettitori dell'SNC durante le sedute di musicoterapia (possibilmente in stanza Snoezelen): Ripamonti e Clerici (2008) sottolineano l'esistenza di correlazioni neurofisiologiche fra stati emotivi e soglia del dolore, dove situazioni cognitive ed emotive come ansia, depressione e paura amplificano la percezione del dolore, aumentando l'effetto dei neurotrasmettitori algogeni (sostanza P, bradichinina, istamina, prostaglandine, ecc) e deprimendo l'effetto dei neurotrasmettitori analgesici (noradrenalina, serotonina, endorfine).

RINGRAZIAMENTI

Questo progetto è stato creato dalla Fondazione “Leonardo Palmieri”. Da molti anni assieme al supporto dell’Associazione per lo sviluppo del Metodo Snoezelen Onlus, del Rotary Club Verona e della Fondazione Cattolica Assicurazioni Verona essa finanzia borse di studio rivolte a professionisti provenienti dal corso biennale di specializzazione in Musicoterapia presso il Conservatorio di Musica di Verona “E.F. Dall’Abaco” (coordinato dal Prof. Caneva) a favore degli utenti residenti o frequentanti l’UOC CERRIS – RSA per Disabili di Marzana (AULSS 9 Scaligera). Personalmente ringrazio tutte queste strutture/fondazioni/associazioni e le persone che con passione vi lavorano all’interno per il prezioso contributo che danno alla comunità “meno fortunata”.

Di cuore ringrazio il Professor Fanchiotti che mi ha permesso di collaborare, che mi ha seguito “come un padre” e che mi ha passato tutta la Sua voglia di rendere il mondo almeno un po’ migliore. Ultimo ma non per importanza, ringrazio il caro Dottor Varalta, per il quale non ci sono parole ... mio supervisore, insegnante e mentore: GRAZIE.

“Siate il volto amabile accanto ai sofferenti”

(Giovanni Paolo II agli operatori sanitari)

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI

Archie, P., Bruera, E. & Cohen, L. (2013). Music-based interventions in palliative cancer care: a review of quantitative studies and neurobiological literature. *Support Cancer Care*, 21:2609-2624.

Bakeman, R., Gottman, J.M. (1997). Observing interaction: an introduction to sequential analysis. *Cambridge University Press*, Cambridge, UK.

BENCIVELLI, Silvia. *Perché ci piace la musica*, Sironi Editore, Milano, 2007

Bertelli, M.O. (2011). L'ambiente Snoezelen: cos'è e come può essere utile ai servizi clinici e residenziali per la disabilità intellettiva. Disponibile da <http://www.crea-sansebastiano.org/IT/articolo.php?id=69&t=l-ambiente-snoezelen-cos-e-e-come-puo-essere-utile-ai-servizi-clinici-e-residenziali-per-la-disabilita-intellettiva>

Bertoneri, S., Menini, P., Simbeni, D. & Spaderi, S. (2017) SUONO...COME VIBRAZIONE. L'utilizzo del suono e della vibrazione in Stanza Snoezelen come possibile strategia di sollievo al dolore "globale" (Relazione conclusiva "Premio Leonardo Palmieri 2016", Conservatorio statale di Musica "E.F. Dall'Abaco", Verona).

BRUSCIA, Kenneth. *Modelli di improvvisazione in musicoterapia*, Ismez Editore, Roma, 2011

Caldara, C. & Marchesi, G.M. (2013). Valutazione del dolore nel paziente non in grado di comunicare. Disponibile da <http://www.painnursing.it/>

CANEVA, Paolo Alberto (a cura di), *Community Music Therapy e Musicoterapia Musico-Centrata-Guida alla comprensione e all'utilizzo di The Individualized Music Therapy Assessment Profile* di Holly Tuesday Baxter, Julie Allis Berghofer, Lesa MacEean, Judy Nelson, Kasi Peterson and Penny Roberts; edito da JKP, 2007

Caneva, P.A. (2014). (A cura di) Community Music Therapy e Musicoterapia Musico-Centrata-Guida alla comprensione e all'utilizzo di The Individualized Music Therapy Assessment Profile di Holly Tuesday Baxter, Julie Allis Berghofer, Lesa MacEean, Judy Nelson, Kasi Peterson and Penny Roberts. JKP, 2007.

Cepeda, M.S., Carr, D.B., Lau, J., Alvarez, H. (2006). Music for pain relief. Cochrane Database of Systematic Reviews. *John Wiley & Sons Ltd*, Issue 2.

Chung, J.C.C. & Lai, C.K.Y. (2002). Snoezelen for dementia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4.

Coons, D.G. (1978). Milieu therapy. In W.Reichel (Ed.) Clinical aspects of aging. Baltimore: *Williams and Wilkins*, pp.115-127.

Crocellì, S.M. (2016). Disponibile da <http://www.visioneolistica.it/le-vibrazioni-benefiche-dei-mantra-della-musica-432hz/>

DI BENEDETTO, Alessio. *All'origine fu la vibrazione. Nuove e antiche conoscenze tra fisica,*

esoterismo e musica, a cura di T. Bosco, Nexus, 2008

Ermini-Funfschilling, D. & Meier, D. (1995). Memory Training: an important constituent of milieu therapy in senile dementia. *Z.Gerontol.Geriatr.* 28:190-194.

Fanchiotti, GL. (2016). Nuove vie di riabilitazione: a Verona il Premio Palmieri 2016. *Radio Vaticana*. Disponibile da

http://it.radiovaticana.va/news/2016/09/30/nuove_vie_di_riabilitazione_a_verona_il_premio_palmieri/1261750#sthash.4fD6swer.dpuf

Fasoli, E. (2017). Musicoterapia e Stanza Snoezelen. Borsa di studio Leonardo Palmieri. Report 2010-2016. (Relazione “Premio Leonardo Palmieri 2016”, Conservatorio statale di Musica “E.F. Dall’Abaco”, Verona).

<http://www.psicologia-dinamica.it/psysito/psicoinf/disab.htm/>

<http://www.scuoladimusicoterapia.it/la-musicoterapia/>

<http://www.superando.it/2016/03/16/essere-adulti-con-disabilita/>

Hulsegge, J. & Verheul, a. (1987). *Snoezelen: Another world: A practical book of sensory experience environments for the mentally handicapped*. Rompa.

J. LEVITIN, Daniel. *Fatti di musica. La scienza di un’ossessione umana*, Codice Edizioni, Torino, 2008

Kanfer, J.N. (1973). Behavior Modification – An Overview. In C. Thoresen (Ed.), Behavior modification in education (pp. 10-47). Chicago: University of Chicago Press.

Lancioni, G.E., Cuvo, A.J. & O’Reilly, M.F. (2002). Snoezelen: an overview of research with people with developmental disabilities and dementia. *Disabil Rehabil.* 24: 175-84.

Lombardo, A. (2007). *La comunità psicoterapeutica. Cultura, Strumenti, Tecnica. 2^ edizione aggiornata*. FrancoAngeli Editore s.r.l, Milano.

Marino, M.T. (2010). La “scala” per misurare il dolore nei pazienti che non comunicano. Disponibile da http://www.corriere.it/salute/disabilita/10_luglio_13/scala-dolore-pazienti-alzheimer_3c1a4cec-8384-11df-aec8-00144f02aabe.shtml

MATTIELLO, Stefania (a cura di), *Music-centered Music Therapy e Community Music Therapy*, tesi di laurea, Verona, 2010

Ministero della Salute. (2010). Il dolore cronico in medicina generale. Disponibile da <http://www.salute.gov.it/>

Nota, L., Rondal, J.A. & Soresi, S. (2002). *La valutazione delle disabilità. Primo volume*. Erip editrice, Pordenone.

Organizzazione Mondiale Sanità. (1980). *Classificazione Internazionale delle menomazioni, disabilità e degli handicap (ICIDH)*. Cles.

- Organizzazione Mondiale Sanità. (2001). *Classificazione internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)*. Erickson, Trento.
- Organizzazione Mondiale Sanità. (2012). *WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*.
- Pedon, A. & Gnisci, A. (2004). *Metodologia della ricerca psicologica*. Il Mulino, Bologna.
- Pistis, M.L. (2004). *Percezione di sé e disabilità: Sé, corpo e ambiente*. (Tesi di laurea in Scienze della formazione). Disponibile da <http://www.tesionline.it/>
- Porcu, E. (2015). *Il trattamento del dolore con la musicoterapia nei pazienti oncologici*. (Tesi di laurea, Università degli Studi di Padova, Scuola di medicina e chirurgia).
- Ravaioli, L. (2011). Approccio al paziente con dolore persistente e/o cronico e valutazione del dolore. Disponibile da <http://www.psicologi-italia.it/>
- Ripamonti, C.A. & Clerici, C.A. (2008). *Psicologia e Salute. Introduzione alla psicologia clinica in ambiente sanitario*. Il Mulino, Bologna.
- Ruoppolo, F. (2015). *Songwriting in musicoterapia*. Backstage Press. Disponibile da <http://www.backstagepress.it/articoli/songwriting-in-musicoterapia/>
- SACKS, Oliver. *Musicofilia*, Adelphi Edizioni, Milano, 2008
- Salvador-Carulla, L., Reed, G.M., Vaez-Azizi, L.M., Cooper, S.A., Martinez-Leal, R., Bertelli, M., Adnams, C., Cooray, S., Deb, S., Akoury-Dirani, L., Girimaji, S.C., Katz, G., Kwok, H., Luckasson, R., Simeonsson, R., Walsh, C., Munir, K., Saxena, S. (2011). Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11. *World Psychiatry*. Oct, 10(3):175-80.
- Shapiro, M., Parush, S., Green, M. & Roth, D. (1997). The Efficacy of the “Snoezelen” in the management of Children with mental retardation who exhibit maladaptive behaviours. *The British Journal of Developmental Disabilities*, Vol. 3., Part 2, N. 85.
- Singh, N.N., Lancioni, G.E., Winton, A.S.W., Molina, E.J., Sage, M., Brown, S. & Groeneweg. (2004). Effects of Snoezelen room, activities of daily living skills training, anche vocational skills training on aggression and self-injury by adults with mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities*, 25: 285-293.
- Soresi, S., & Avanzi, P. (1982). Il Behavioral Coding System (BCS) di Patterson: un esempio di osservazione naturalistica dei comportamenti disadattivi. *Giornale italiano di analisi e modificazione del comportamento*, 4, 29-36.
- Soresi, S., Nota, L. & Sgaramella, T.M. (2003). *La valutazione delle disabilità. Secondo volume*. Erip editrice, Pordenone.

- Storti, M. et al. (2014). La misurazione del dolore nel paziente affetto da demenza: una rassegna degli strumenti più appropriati. *Recenti Progressi in Medicina*, 105 (2).
- Turk, D.C. (2004). Fibromyalgia: a patient-oriented perspective. In: Dworkin, R.H. & Breitbart, W.S., (2004). *Psychosocial and Psychiatric Aspects of Pain: a Handbook for Health Care Providers*. Seattle, WA: IASP Press; 308-339.
- Vacca, I. (2010). Misurare il dolore in pazienti che non comunicano. Disponibile da <http://www.ulssasoli.ven.it/>
- Van den Beuken-van Everdingen, M.H et al. (2007). Prevalence of Pain in Patients With Cancer: A Systematic Review of the Past 40 Years; *Ann Oncol*. doi: 10.1093/annonc/mdm056
- Warth, M., Kessler, J., Hillecke, T.K. & Bardenheuer, H.J. (2015). Music Therapy in Palliative Care – A randomized controlled trial to evaluate effects on relaxation. *Dtsch Arztebl*, 112: 788-794.
- Zanobini, M., Usai M. C. (1998). *Psicologia dell'handicap e della riabilitazione*. Franco Angeli, Milano.
- Zuccaro, S.M. (2010). Anziani e dolore.** In Ministero della Salute (2010). *Il dolore cronico in Medicina Generale*, Roma. Disponibile da <http://www.salute.gov.it/>
- Silvia BENCIVELLI, *Perché ci piace la musica*, Sironi Editore, Milano, 2007
- Kenneth BRUSCIA, *Modelli di improvvisazione in musicoterapia*, Ismez Editore, Roma, 2011
- Paolo Alberto CANEVA (a cura di), *Community Music Therapy e Musicoterapia Musico-Centrata-Guida alla comprensione e all'utilizzo di The Individualized Music Therapy Assessment Profile* di Holly Tuesday Baxter, Julie Allis Berghofer, Lesa MacEean, Judy Nelson, Kasi Peterson and Penny Roberts; edito da JKP, 2007
- Alessio DI BENEDETTO, *All'origine fu la vibrazione. Nuove e antiche conoscenze tra fisica, esoterismo e musica*, a cura di T. Bosco, Nexus, 2008
- Daniel J. LEVITIN, *Fatti di musica. La scienza di un'ossessione umana*, Codice Edizioni, Torino, 2008
- Stefania MATTIELLO (a cura di), *Music-centered Music Therapy e Community Music Therapy*, tesi di laurea, Verona, 2010
- Oliver SACKS, *Musicofilia*, Adelphi Edizioni, Milano, 2008

*“La Musicoterapia è una tecnica che fa “partorire” e non che crea solamente il cordone ombelicale
con la madre”*

Dott. Fabrizio Varalta, psicologo psicoterapeuta