



SCUOLA TRIENNALE DI SPECIALIZZAZIONE IN MUSICOTERAPIA
ARTETERAPIA, DANZAMOVIMENTOTERAPIA E TEATROTERAPIA

Tesi di specializzazione in musicoterapia

La band del martedì

una band musicale come pratica espressiva e riabilitativa

Relatore

Dott.ssa Eleonora Morino

Candidato

Marianna Secondo

Anno accademico 2024

**“La band del martedì:
una band musicale come pratica espressiva e riabilitativa”**

INDICE TESI

Premessa: scelta della tesi	1
Capitolo 1: La cooperativa <i>Proposta 80</i> e il progetto “<i>In Itinere</i>”	
1.1. Proposta 80	2
1.2. Il progetto <i>In Itinere</i>	4
1.3. I protagonisti del progetto	5
1.4. Clinica neurologica: informazioni relative alle diagnosi degli utenti	
La Sclerosi multipla	8
Virus Herpes Simplex	13
Ictus cerebrale	15
La Paraparesi spastica ereditaria	16
1.5. Oltre la diagnosi	19
Capitolo 2: M come Musicoterapia, come Musicale, come Modello	
2.1. Che cos’è la musicoterapia?	23
2.2. “Il bambino musicale” di Nordoff – Robbins	27
2.3. ISO: “Identità sonora” del modello Benenzon	32
2.4. Il concetto di salute	36
2.5. La musicoterapia oltre i modelli convenzionali	40
Capitolo 3: La nascita del progetto di musicoterapia con <i>In itinere</i>	
3.1. Descrizione generale del progetto	43
3.2. Il progetto e la sua evoluzione	46
3.3. Il ruolo del musicista terapeuta	55
3.4. Il ruolo dell’educatore	57
3.5. L’arrangiamento e lo studio del repertorio: modalità utilizzate	57
3.6. La realizzazione del video-testimonianza, la sua condivisione e il tema della performance dal vivo.	59
Capitolo 4: I risultati raggiunti e prospettive future	
4.1. Obiettivi raggiunti: intervista agli utenti e agli operatori	62
4.2. Nuove proposte: Il Songwriting	69
4.3. Una conclusione che coincide con il ritrovarsi	72
Bibliografia	75

CAPITOLO 1: La cooperativa Proposta 80 e il progetto *In Itinere*

1.1 Proposta 80

La Cooperativa Proposta 80 nasce a Cuneo nel 1978 grazie all'iniziativa di persone specializzate in scienze pedagogiche.



L'intento è promuovere iniziative culturali e di ricerca nel settore delle Scienze Umane per avviare servizi educativi e di assistenza a favore delle fasce deboli della popolazione.

Nel 1978 avvia un Servizio Psico Pedagogico a favore di portatori di handicap in età scolare, offrendo servizi di logopedia, psicomotricità e psicopedagogia alle Direzioni Didattiche di diversi comuni.

Nel 1979 inizia la gestione, in convenzione con il Comune di Cuneo, di un Centro diurno per disabili gravi e gravissimi, un servizio sperimentale a livello regionale, gestito tuttora in convenzione con il Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese.

Fin dal suo esordio, la Cooperativa Proposta 80 concentra le sue energie nella costruzione di una buona prassi nell'ambito dell'intervento sul disagio.

A tale scopo l'azione si è rivolta alla ricerca di strategie innovative nel campo psicopedagogico, della cura della persona e a costruire una rete con la comunità locale.

Con l'applicazione della legge 381/91 la Cooperativa acquisisce la definizione di "sociale" e ottiene l'iscrizione all'Albo Regionale nella sezione A. Con Atto DD 347/A1502B/2021 – 21/06/2021 della Regione Piemonte la cooperativa viene anche iscritta nella sez. B dell'Albo Regionale. Con il D.lgs. 460 del 04.12.1997 la Cooperativa diventa ONLUS di diritto. Con il D.Lgs. 112 del 03.07.2017 la Cooperativa diventa IMPRESA SOCIALE di diritto.

La Cooperativa è iscritta all'Albo Nazionale delle Cooperative a Mutualità Prevalente al N. A104154–Categoria Cooperative Sociali.

A più di 40 anni dalla sua nascita Proposta 80 offre servizi nei seguenti settori:

- residenze Assistenziali Flessibili per Disabili;
- centri diurni per disabili;
- gruppi Appartamento per disabili;
- comunità protetta per pazienti psichiatrici;
- attività educativa territoriale;
- attività educativa in centri di aggregazione giovanile;
- attività di terapia riabilitativa;
- attività di riabilitazione equestre;
- assistenza domiciliare presso gruppi appartamento del D.S.M.;
- assistenza domiciliare a persone disabili;
- sostegno scolastico a persone disabili;
- educativa di strada;
- consulenza inserimenti lavorativi;
- progettazione e organizzazione di percorsi formativi.

Come tipo B nei seguenti settori:

- affissioni pubbliche;
- attività artigianali;
- attività di pulizia, sanificazione e igiene ambientale.

La Cooperativa Proposta 80 ha lo scopo di perseguire, in forma mutualistica e senza fini speculativi, l'autogestione dell'impresa che ne è l'oggetto, dando continuità di occupazione lavorativa alle migliori condizioni economiche, sociali e professionali ai Soci, operando nell'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso la gestione dei servizi sociosanitari orientati in via prioritaria, ma non esclusiva, alla risposta dei bisogni di persone svantaggiate.

1.2. Il progetto *In Itinere*

Dal 2007 il progetto *In Itinere*, sostenuto dal Consorzio socio – assistenziale del cuneese e dell'Asl Cn1, si occupa, tramite attività quotidiane sul territorio, di persone con disabilità post – traumatiche. La cooperativa sociale Proposta 80 ne gestisce il servizio.

Il progetto è stato avviato nel primo periodo, in forma sperimentale. Successivamente, visti i buoni risultati ottenuti, è stato riproposto negli anni.

Il tutto nasce dall'esigenza di fornire opportunità socializzanti, relazionali, espressive, riabilitative, di scambio e confronto, a persone con disabilità di diversa natura, insorta in età giovanile e non, a seguito di fatti improvvisi e impreveduti (incidenti stradali, esiti di interventi chirurgici, malattie), sopravvenute dopo un periodo di vita "normale".

Il nome *In Itinere*, quindi, è nato dall'idea di creare attività itineranti sul territorio del Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese.

Questa caratteristica è molto importante e qualificante, in quanto non confina in spazi già predestinati (centri diurni e/o residenziali), ma offre invece all'utenza l'opportunità di confrontarsi con altre persone, luoghi, attività, in un insieme stimolante ed arricchente.

Nel tempo, le esigenze sono cambiate e le attività aumentate, portando alla creazione nell'aprile del 2017, grazie anche alla collaborazione con la RSA "Casa Famiglia" di Cuneo, di spazi autonomi, in cui poter svolgere le attività e consumare i pasti.

La sede si trova in via Bersezio 6/e, nel centro della città di Cuneo e presenta al suo interno una cucina, una zona centrale con divano e svariati strumenti musicali, bagni adibiti a disabili e una piccola palestra.

Le attività proposte comprendono un corso di lingua inglese, di "Allenamento", attività artistico-creative, laboratori di musicoterapia, di "Cura del sé" e di cucina e fisioterapia: ogni attività è gestita da un consulente specializzato o un volontario, affiancato da un educatore professionale e un o.s.s.

Tali attività hanno anche la finalità di produrre un risultato tangibile e fruibile da un pubblico esterno.

Le varie sinergie venutasi a creare in questi anni, hanno creato relazioni tra le persone destinatarie del progetto, favorendo lo sviluppo di nuovi rapporti, nonché la presentazione di nuove opportunità.

1.3. I protagonisti del progetto

Gli utenti del progetto *In Itinere*, sono persone con disabilità post – traumatiche di diversa natura.

Il gruppo è formato da 11 partecipanti, di cui 7 uomini e 4 donne.

La tabella proposta, mostra in modo dettagliato le caratteristiche specifiche di ognuno, riguardo l'età, la causa e l'anno dell'evento traumatico, la diagnosi, la percentuale di invalidità civile riconosciuta, la data di inserimento al progetto e l'eventuale data di dimissione.

Nome	Età	Causa evento traumatico	Anno evento traumatico	Diagnosi	Difficoltà riscontrate	Invalidità civile	Data inserimento
A. Bruno	58 anni	Incidente stradale	2005	Frattura avambraccio dx e femore dx, frattura 4 costole, perforazione intestino, perdita occhio dx, distaccamento parziale del cervello. Crisi epilettiche.	Mobilità lenta e deambulazione con bastone; vista limitata; sensibilità ai rumori forti	80%	Gennaio 2013

A. Massimiliano	62 anni		1971	Sclerosi multipla	Sedia a rotelle disfasia	100%	Dicembre 2007
G. Sara	46 anni	Intervento cardio-chirurgico	1997	Embolia Gassosa. Ipossia.	Sedia a rotelle e spasticità disfasia	100%	Ottobre 2007
G. Alberto	43 anni	Virus Herpes simplex tipo 1	2013	Sindrome psico-organica con grave disturbo cognitivo comportamentale encefalite erpetica	Disturbi dell'attenzione; Memoria a breve termine compromessa	80%	Ottobre 2023
I. Davide	56 anni	dissecazione carotidea	2014	Ictus cerebrale	Mano sinistra compromessa	100%	Febbraio 2016
L. Annalisa	51 anni		2003	Sclerosi multipla	Sedia a rotelle Disfasia Lieve spasticità arti superiori	100%	Marzo 2021

M. Maria	42 anni	Crisi epilettiche	2001	Epilessia parziale farmacoresis tente associata a una lesione vascolare perinatale in sede opercolo – insulo – parietale sx. Lieve deficit intellettivo		100%	Marzo 2013
P. Sergio	56 anni			Emorragia cerebrale emiparesi	Mano e braccio destro compromess o; sedia a rotelle; disfasia	100%	Giugno 2022
P.Alice	32 anni			Paraparesi spastica ereditaria a trasmissione autosomica recessiva associata ad atrofia del corpo calloso	Sedia a rotelle; lieve disfasia; lieve spasticità arti superiori	100%	Marzo 2018 dimissioni: aprile 2024

R. Dario	67 anni		2015	Ictus cerebrale	Sedia a rotelle automatica Afasia Mobilità arti superiori compromessa	100%	Novembre 2016
S. Alberto	51 anni		2018	Ictus	Deambulatore afasia	100%	Febbraio 2019

1.4. Clinica neurologica: informazioni relative alle diagnosi degli utenti

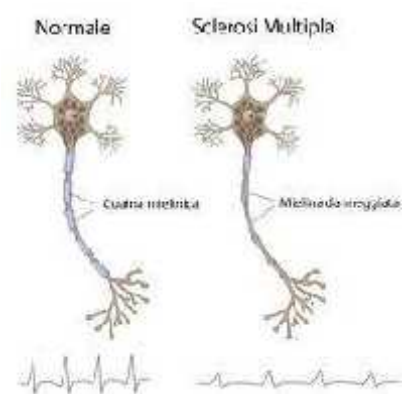
Il progetto In Itinere, come accennato già precedentemente, è nato per soddisfare richieste di utenti, accomunati dall'aver acquisito una disabilità in seguito ad eventi traumatici di natura diversa.

In questo paragrafo andremo ad analizzare in modo più dettagliato le diagnosi, riportate nella tabella, da un punto di vista clinico neurologico.

SCLEROSI MULTIPLA

La sclerosi multipla è una malattia neurodegenerativa che colpisce il sistema nervoso centrale. Rientra tra le patologie *autoimmuni* perché è caratterizzata da una reazione anomala delle difese immunitarie che attaccano alcuni componenti del sistema nervoso centrale scambiandoli per agenti estranei.

L'infiammazione scatenata dal sistema immunitario, può portare a un processo detto *demyelinizzazione* che consiste nell'assottigliamento o nella completa perdita della mielina, guaina che circonda e isola le fibre nervose, e nel danneggiare sia le cellule specializzate nella sua produzione (*oligodendrociti*) che le fibre nervose stesse. Tali aree di perdita o lesione della mielina, vengono definite *placche*.



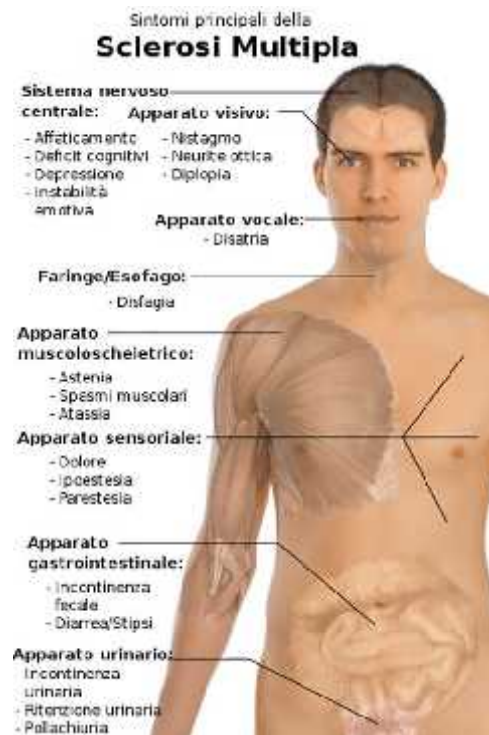
Possono presentarsi ovunque nel sistema nervoso centrale, in particolare nei nervi ottici, cervelletto e midollo spinale. Le placche possono evolvere da una fase infiammatoria iniziale a una fase cronica, in cui assumono caratteristiche simili a cicatrici, dette *sclerosi*.

La sclerosi multipla è una malattia cronica: al momento non esiste una cura definitiva, ma sono disponibili numerose terapie che modificano il suo andamento, rallentandone la progressione.

La sclerosi multipla può manifestarsi con sintomi anche molto diversi tra loro, che dipendono dall'entità e dalla sede della lesione nel sistema nervoso centrale.

Sintomi comuni della sclerosi multipla sono:

- fatica: mancanza di energia fisica o mentale e sensazione di essere “esausti” più di quanto è normale attendersi in rapporto all'attività svolta
- disturbi visivi: neurite ottica, sdoppiamento della visione (diplopia) o oscillazione ritmica e involontaria degli occhi (nistagmo). Frequenti in particolare all'esordio.
- disturbi delle sensibilità: calo delle sensibilità o sensazioni alterate o dolorose, ridotta sensibilità al tatto, al caldo e al freddo, al dolore.
- disturbi intestinali: stitichezza o difficoltà a trattenere gas o feci.
- disturbi vescicali: irresistibile bisogno di urinare (urgenza minzionale), perdita involontaria di urina (incontinenza urinaria) e difficoltà a svuotare completamente la vescica (ritenzione urinaria).



- disturbi cognitivi: disturbi dell'attenzione o della memoria, difficoltà a mantenere la concentrazione, problemi ad effettuare calcoli o pianificare attività complesse, a svolgere più cose contemporaneamente;
- dolore: copre una serie di sensazioni fisiche spiacevoli o lancinanti, passeggero o croniche: bruciori, fitte acute, sofferenza muscoloscheletrica, sensazione di tensione alla schiena o al petto o stomaco, male al volto.
- disturbi sessuali: negli uomini si presentano come problemi erettili, eiaculazione anticipata o assente. Nelle donne sono problemi di perdita di sensibilità della regione genitale, difficoltà a raggiungere l'orgasmo.
- spasticità: pesantezza o rigidità muscolare, a volte si manifesta come spasmi muscolari che rendono difficili i movimenti.
- depressione: sensazione costante di tristezza, mancanza di interessi, difficoltà a trovare forze, piacere o volontà a svolgere attività, tendenza all'isolamento. Risulta più frequente nella SM rispetto a chi non ha la diagnosi o altre malattie croniche.
- disturbi della coordinazione: alterata fluidità dei movimenti a livello sia degli arti e del tronco. Compaiono come disturbi dell'equilibrio, instabilità della marcia, tremore, vertigini.
- disturbi parossistici: sintomi che compaiono improvvisamente risolvendosi altrettanto rapidamente
- disturbi del linguaggio: debolezza e mancanza di coordinazione della lingua e della muscolatura orale e facciale coinvolta nella produzione di suoni e parole. I disordini dell'articolazione della parola sono conosciuti come disartrie.

Al momento non esiste un singolo test o esame in grado di confermare da solo la diagnosi di sclerosi multipla.

Il neurologo considera l'insieme di tre elementi:

- storia clinica (anamnesi): tutte le informazioni utili raccolte durante il colloquio con la persona riguardanti la sua situazione clinica, i sintomi, precedenti disturbi, altre malattie familiari ed altre indicazioni che possono servire ad avere un quadro generale, ad escludere alcune ipotesi o confermarle;
- esame neurologico: visita effettuata dal neurologo con l'obiettivo di analizzare diverse funzioni come movimento, linguaggio, coordinazione, sistema sensitivo, senso di equilibrio e orientamento, riflessi, reazione degli occhi agli stimoli visivi. L'esame può essere più o meno approfondito e prevedere l'esecuzione di differenti prove;
- esami specifici strumentali e biologici: risonanza magnetica, potenziali evocati, esami del sangue e del liquido cerebrospinale che permettono anche di escludere altre patologie. Per poter confermare la diagnosi occorre che le lesioni siano diffuse in diverse aree del sistema nervoso centrale (disseminazione spaziale) e che si siano presentate in tempi differenti (disseminazione temporale): questo può comportare il ripetere di alcuni esami, come la RMN per avere la certezza definitiva.

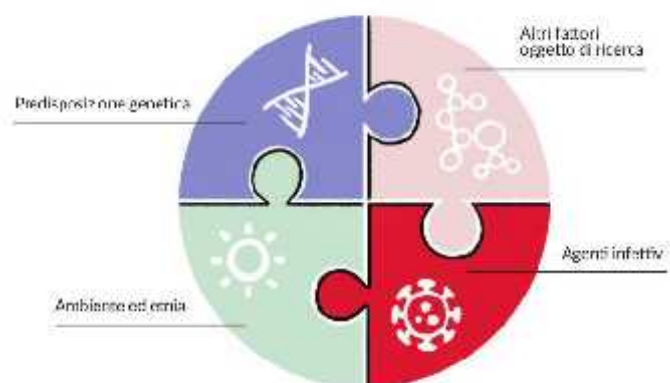
La sclerosi multipla rientra tra le *patologie multifattoriali* in cui più elementi possono essere coinvolti nella sua insorgenza:

- l'ambiente: in alcune aree del mondo, la sclerosi multipla è più frequente.

In particolare,

allontanandosi dall'equatore sembra aumentare l'incidenza.

Questa correlazione può dipendere dall'assenza di esposizione alla luce del sole e alla vitamina D;



- predisposizione genetica: la sclerosi multipla non è ereditaria. Non è geneticamente trasmissibile tra genitori e figli, ma studi epidemiologici hanno riscontrato una maggiore frequenza all'interno dello stesso nucleo familiare. L'incidenza è comunque molto bassa: figli e fratelli o sorelle di persone con SM hanno un rischio di sviluppare la malattia di poco più alto rispetto a chi non ha casi in famiglia (circa 3-5%);
- agenti infettivi: sono stati studiati differenti virus e batteri, come potenziali fattori che possono scatenare l'insorgere della malattia. In particolare numerose ricerche hanno indicato un ruolo significativo nel virus Epstein-Barr (responsabile della mononucleosi) che può concorrere, insieme ad altri fattori, all'insorgenza delle SM;
- altri fattori: sono ancora in corso numerosi studi che indagano altri elementi, tra le cause della sclerosi multipla. Un numero crescente di ricerche, ad esempio, ha portato alla luce il ruolo del fumo come fattore di rischio sia nello sviluppare la malattia, sia nell'aumentare la sua progressione.

Tipi di sclerosi multipla:

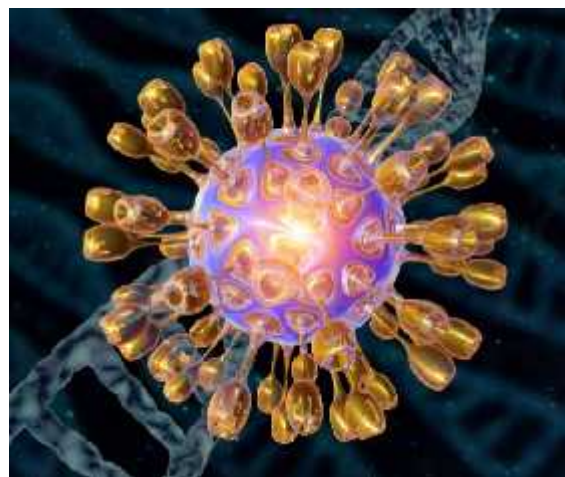
- *Sindrome clinicamente isolata (CIS)*: (Clinically Isolated Syndrome), caratterizzata dalla comparsa di un episodio neurologico (sintomo o segno), che dura almeno 24 ore e che sia dovuto a un processo demielinizzante del sistema nervoso centrale. Le persone con una CIS non svilupperanno necessariamente la SM. Tale rischio, infatti, dipende da più fattori come dal tipo di CIS, tra cui la presenza di lesioni del cerebrali alla Risonanza Magnetica.
- *Sclerosi multipla recidivante-remittente (SM-RR)*: la forma più comune di sclerosi multipla. Circa l'85% delle persone diagnosticate ha inizialmente questa forma, caratterizzata da episodi acuti di malattia ('poussè' o 'ricadute') alternati a periodi di completo o parziale benessere ('remissioni'). La forma RR può essere anche distinta in attiva (presenza di

ricadute e/o evidenza di attività di malattia alla risonanza) o non attiva, così come con peggioramento (incremento confermato della disabilità per un periodo di tempo determinato dopo una ricaduta) o senza peggioramento.

- *Sclerosi multipla secondariamente progressiva (SM-SP)*: l'evoluzione della forma recidivante-remittente, molte delle persone inizialmente diagnosticate con la forma RR potranno passare ad una forma secondariamente progressiva, caratterizzata da una disabilità persistente che progredisce gradualmente nel tempo. La forma SP può essere anche distinta in attiva (presenza di ricadute e/o evidenza di attività di malattia alla risonanza) o non attiva, così come progressiva (evidenza oggettiva di peggioramento nel tempo della malattia, con o senza ricaduta o segni di attività di malattia alla risonanza) o non progressiva.
- *Sclerosi multipla primariamente progressiva (SM-PP)*: caratterizzata da un peggioramento delle funzioni neurologiche fin dalla comparsa dei primi sintomi, in assenza di vere e proprie ricadute o remissioni.
- *Sindrome Radiologicamente Isolata (Radiologically Isolated Syndrome, RIS)*: un quadro neuroradiologico nei quali la risonanza magnetica (RM) rileva la presenza di lesioni caratteristiche della sclerosi multipla, senza che siano comparsi sintomi attribuibili a questa malattia.

VIRUS HERPES SIMPLEX

I virus herpes simplex (herpes virus umani di tipo 1 e 2, HHV-1 E 2) comunemente causano un'infezione recidivante che interessa cute, bocca, labbra, occhi e genitali.



Le infezioni muco cutanee si manifestano come grappoli di vescicole piccole e dolenti, su base eritematosa.

Vi sono otto tipo di herpes virus che infettano l'uomo, due dei quali sono dei virus herpes simplex (HSV). Entrambi i virus, di tipo 1 e di tipo 2, possono causare infezioni orali e genitali: il più delle volte, l'herpes simplex di tipo 1 causa gengivostomatite, herpes labiale e cheratite erpetica. L'herpes simplex di tipo 2 generalmente causa lesioni genitali.

La trasmissione del virus dell'herpes simplex avviene per contatto stretto con una persona che elimina attivamente il virus. La diffusione virale avviene dalle lesioni, tuttavia può avvenire anche se esse non sono evidenti.

Dopo l'infezione iniziale, il virus dell'herpes simplex rimane quiescente nei gangli nervosi a partire dai quali può periodicamente riattivarsi, causando manifestazioni cliniche. Le eruzioni erpetiche recidivanti sono scatenate da:

- Eccessiva esposizione ai raggi solari
- Malattie febbrili
- Stress fisico o emotivo
- Immunosoppressione
- Stimoli sconosciuti

Il virus herpes simplex può causare anche infezioni al sistema nervoso centrale come:

- *encefalite erpetica*: un'infezione cerebrale dovuta al virus herpes simplex tipo 1 (HSV-1). L'incidenza annuale varia tra 1/250.000 e 1/500.000. La malattia si presenta a ogni età, ma è più comune nei bambini con meno di tre anni (primo-infezione) o negli adulti con più di 50 anni con un'infezione ricorrente. Si manifesta come un'encefalite necrosante acuta temporale, dopo un'infezione primitiva o ricorrente. L'esordio è rapido (meno di 48 ore) con febbre a 40°C, cefalee, problemi comportamentali, di linguaggio e di memoria. Questi segni iniziali sono seguiti da uno stato confusionale e dal coma, che può associarsi a convulsioni o paralisi. Questa malattia, forse dipende da una predisposizione genetica; in alcuni pazienti sono state identificate mutazioni in quattro geni

differenti implicati nell'immunità innata contro l'HSV-1 nel sistema nervoso centrale. Il trattamento di emergenza dovrebbe comprendere la somministrazione intravenosa di aciclovir non appena viene sospettata la diagnosi. Il decorso della malattia è grave con un tasso di mortalità del 20% e postumi gravi per i pazienti sopravvissuti;

- *meningite virale*: può derivare all'infezione da virus dell'herpes simplex di tipo 2. È generalmente autolimitante;
- *mieloradiculite lombosacrale*: tipicamente causata dal virus dell'herpes simplex di tipo 2, può verificarsi durante l'infezione primaria o la riattivazione dell'infezione da herpes simplex di tipo 2 e può provocare ritenzione urinaria o stitichezza.

ICTUS CEREBRALE

Ictus significa letteralmente “colpo” (in inglese stroke), cioè la comparsa improvvisa di un deficit neurologico. L'ictus cerebrale è quindi una patologia causata dall'improvvisa chiusura o rottura di un vaso cerebrale e dal conseguente danno alle cellule cerebrali dovuto dalla



mancanza dell'ossigeno e dei nutrienti portati dal sangue (*ischemia*) o alla compressione dovuta al sangue uscito dal vaso (*emorragia cerebrale*).

Si parla, invece, di TIA quando l'afflusso di sangue al cervello si interrompe per breve tempo, quindi si tratta di una forma di ischemia ma di durata così breve da non lasciare sintomi nel giro di pochi minuti e, soprattutto, non provoca nessun danno visibile neanche con la risonanza magnetica. La differenza tra attacco ischemico transitorio e ictus ischemico, quindi, sta nella durata dei sintomi e nell'assenza della lesione ischemica nel TIA, lesione che è invece presente nell'ictus.

i principali fattori di rischio sono:

- l'ipertensione arteriosa, fumo, diabete sono fattori di rischio sia per l'ictus ischemico che per quello emorragico;

- Colesterolo alto e fibrillazione atriale sono fattori di rischio soprattutto per l'ictus ischemico.

I sintomi più comuni sono:

- perdita improvvisa di forza (o anche di sensibilità) a un braccio o a una gamba o a entrambi, dallo stesso lato;
- bocca storta;
- difficoltà a parlare perché non si riesce ad articolare bene le parole (disartria) o non si riescono proprio a pronunciarle, o a capire cosa dicono gli altri;
- non riuscire a coordinare i movimenti né a rimanere in equilibrio;
- perdita della vista;
- mal di testa violento e improvviso.

I disturbi più frequenti possono essere di tipo motorio e non motorio:

- conseguenze a livello motorio consistono nella paralisi di un lato del corpo e, nel giro di 2-3 mesi, si può sviluppare anche una spasticità della parte paralizzata.
- disturbi di tipo cognitivo: l'ictus è la seconda causa di demenza, dopo l'Alzheimer
- depressione, che in parte è una reazione depressiva alla menomazione che si ha, in parte è dovuta proprio all'alterazione anatomica e fisiologica delle aree del cervello preposte al controllo delle emozioni.

LA PARAPARESI SPASTICA EREDITARIA (PSE)

La paraparesi spastica ereditaria (PSE), o paraplegia spastica ereditaria, è una malattia neurodegenerativa che colpisce in modo particolare il midollo spinale e il cervelletto. Per essere precisi, con questo termine vengono definite un gruppo clinicamente e

geneticamente eterogeneo di patologie caratterizzate da progressiva spasticità, rigidità e iperreflessia degli arti inferiori.

La prima descrizione della paraparesi spastica ereditaria risale al 1883, ed è stata fatta dal neurologo tedesco A.Strümpell.

Successivamente, un medico francese, Maurice Lorraine, ha approfondito gli studi su questa patologia, conosciuta anche come malattia di *Strümpell-Lorraine*. Se ne conoscono almeno un'ottantina di forme e sono stati identificati più di 60 geni coinvolti nell'insorgenza della condizione, che si trasmette con modalità *autosomica dominante*, *autosomica recessiva* o *recessiva* legata al *cromosoma X*. Non vanno poi dimenticati i casi dovuti a mutazioni genetiche de novo, che compaiono spontaneamente invece di essere ereditate.

Le paraplegie spastiche ereditate con *modalità dominante* rappresentano circa il 70% delle paraplegie spastiche ereditarie. Sono caratterizzate da spasticità e debolezza progressiva agli arti inferiori, a cui possono aggiungersi disturbi urinari e riduzione del senso di posizione degli arti inferiori

Ogni cellula del nostro corpo ha due copie di ogni gene, una copia sul cromosoma ereditato dalla madre e una copia sul cromosoma ereditato dal padre. La paraplegia spastica *ereditata con modalità dominante* si verifica quando è alterato (mutato) uno solo dei due geni: quello di origine paterna oppure quello di origine materna.

È presente una copia normale del gene che tuttavia non è in grado di ricostruire il messaggio genetico che è stato alterato dal gene mutato: un genitore che porta una copia mutata di uno dei geni che possono causare la paraplegia spastica ha un rischio del 50%, ad ogni concepimento, di avere un figlio con paraplegia spastica ereditaria. Sebbene sia nota una ampia variabilità, in linea generale si ritiene che la maggior parte delle paraplegie spastiche ereditate come carattere dominante si manifestano tardivamente, in età adulta, ed hanno una progressione molto variabile. È quindi ben possibile che un adulto affetto – vale a dire con un gene mutato – possa concepire un

bambino prima che la malattia si sia manifestata o prima che gli sia stata diagnosticata. Allo stato attuale si conoscono circa una trentina di forme a trasmissione dominante.

Le forme a trasmissione *autosomica recessiva* (quelle in cui la malattia si manifesta quando sono alterati sia il gene di origine materna che quello di origine paterna) costituiscono il rimanente 30% e sono generalmente caratterizzate dalla comparsa anche di altri disturbi del sistema nervoso centrale e periferico, già in età pediatrica ed ha una tendenza alla progressione.

Le forme correlate al *cromosoma X* sono molto rare, costituendo, meno del 1-2% delle paraplegie spastiche ereditarie. I geni alterati legati al cromosoma X provocano la malattia soltanto nei maschi (che hanno un solo cromosoma X) mentre nelle femmine (che hanno due cromosomi X) il gene normale situato sull'altro cromosoma X supplisce all'alterazione. Le femmine sono quindi portatrici sane: ogni figlio maschio avrà il 50% di probabilità di ereditare il cromosoma X con il gene alterato e di diventare così malato. Ogni figlia femmina della madre portatrice avrà il 50% di probabilità di diventare portatrice sana.

Le vie metaboliche interessate dalle alterazioni geniche che possono causare le paraplegie spastiche ereditarie sono numerose: stress ossidativo, alterazione del trasporto assonale, alterazione del metabolismo lipidico, alterazione dei meccanismi di riparazione del DNA, di regolazione dei processi di mielinizzazione, autofagia, sviluppo assonale, formazione vescicolare e traffico delle membrane endosomiali, alterazione del traffico di membrana e della conformazione degli organelli, alterazione del segnale cellulare.

L'incidenza della PSE è stimata in 1,27-9,6 casi su 100.000 persone. L'evoluzione della PSE varia sensibilmente da un paziente all'altro, e la diagnosi, in genere, si effettua sulla base di indagini clinico-neurologiche, tenendo conto di aspetti come l'età e la modalità di esordio dei problemi di deambulazione, l'eventuale presenza di altri sintomi, la progressione della malattia e la storia familiare del paziente.

Esame fondamentale è la risonanza magnetica nucleare dell'encefalo e del midollo spinale, che oltre a escludere altre malattie, può anche permettere di identificare alcuni dati salienti e specifici per piccoli gruppi di paraplegie spastiche ereditarie. Uno studio neurofisiologico della velocità di conduzione e dei potenziali evocati è molto utile per confermare il dato clinico di compromissione delle vie nervose. In alcuni casi, il test genetico è utile per la conferma diagnostica, e quando si conosce la mutazione presente in un certo gruppo familiare è possibile effettuare anche la diagnosi prenatale.

Al momento, purtroppo, non esiste una cura per la PSE, e il trattamento dei sintomi si basa soprattutto su farmaci miorilassanti e fisioterapia.



1.5. Oltre la diagnosi

E' giunto il momento di parlare dei nostri protagonisti, concentrandoci sulla loro PERSONA e non sulla loro DIAGNOSI.

Nome	Dove vive?	Abilità musicali precedente mente acquisite	Strumento musicale preferito	Genere musicale preferito	Come si approccia all'Altro	Altre attività svolte
A. Bruno	In autonomia	Nessuna	Tastiera	Cantautori italiani, in particolare Lucio Dalla I Pooh	Socievole ed estroverso, dice sempre quello che	Cucina, Cura del sé, palestra, arte, inglese,

					pensa!	cinema, gite in esterna
A. Massimo	RSA	Ha studiato pianoforte al conservatorio	Tastiera	Musica Classica, in particolare Bach; musica tradizionale piemontese	Molto gentile e sempre sorridente	Palestra
G. Sara	In casa con i suoi genitori	No	Timpano	Pop, in particolare Ligabue e Eros Ramazzotti	Molte volte è di cattivo umore e sfoga la sua rabbia sugli altri	Cucina, arte, palestra
G. Alberto	In casa con sua madre	Batteria e Djambè	Batteria	Pop e Hip Hop, in particolare Jovanotti Rock, in particolare i Nirvana	Spesso sembra “assente”, si relaziona poco con il resto del gruppo	Cucina, inglese, scrivere al computer

I. Davide	In casa con sua moglie e i suoi due figli	No	Ama cantare, suonare lo xilofono e le campanelle, gli piace sperimentar e sempre strumenti nuovi	Cantautori italiani, in particolare Lucio Dalla	Molto socievole, rispettoso e gentile	Cucina, palestra, arte, cura del sé, cinema, gite in esterna
L. Annalisa	RSA	No	Tamburo del mare, shakers, piatto oscillante	Pop, in particolare Eros Ramazzotti	Molto dolce, sensibile, sempre sorridente e gentile	Cucina, cura del sé, arte, palestra
M. Maria	In autonomia, inserita in un progetto di <i>gruppo appartamento</i>	No	Tastiera, xilofono	Pop italiano e inglese, in particolare le "hit estive"	Socievole ed estroversa	Cucina, cura del sé, palestra, arte, cinema, gite in esterna

P. Sergio	RSA	No	Mezzaluna	Adora la musica e ama ascoltare e conoscere nuovi autori e generi musicali	Socievole anche se perde facilmente la pazienza	Palestra, arte, cucina
P. Alice	Centro Residenziale	No	Campanelle piastre sonore	Pop, in particolare Giorgia e Marco Mengoni	Socievole ed estroversa anche se spesso diventa malinconia e triste	Arte, cucina, cura del sè
R. Dario	RSA	No	Xilofono, tamburo, shakers	Grande appassionato di musica classica	Molto socievole, rispettoso e sensibile	Cucina, arte, palestra, cinema, coro afasigi
S. Alberto	In casa con sua moglie	Batterista, aveva un gruppo rock/metal	Batteria	Pop, Rock americano e inglese	Introverso ma gentile e sensibile	Cucina, arte, cinema, palestra, gite in esterna

CAPITOLO 2: M come Musicoterapia, come Musicale, come Modello

2.1. Che cos'è la Musicoterapia?

“La musica arricchisce l'esistenza di ogni essere umano in un modo unico e necessario”

Aigen K. Music – Centered Music Therapy, 2005

Sin dall'antichità la musica è stata usata come strumento terapeutico: miti e racconti sul potere di guarigione della musica sono numerosi in molte culture.

Il 1950 è considerato l'anno della nascita della musicoterapia come professione, che coincide con la fondazione della prima organizzazione di musicoterapia negli Stati Uniti, che aveva come obiettivi quelli di determinare degli “standard di formazione e di pratica clinica, di promuovere la ricerca e di certificare che questi nuovi professionisti avessero raggiunto un minimo concordato di competenze prima di essere immessi in ambito lavorativo” (Davis & Hadley, 2015).

La **Federazione Mondiale di Musicoterapia**, in occasione del IX Congresso Mondiale di Musicoterapia a Washington nel 1999, ha definito cinque **modelli di musicoterapia internazionali**:

- l'Immaginario Guidato e Musica (GIM) di Helen Bonny;
- la Musicoterapia Analitica di Mary Priestley;
- la Musicoterapia Creativa di Paul Nordoff e Clive Robbins;
- il modello Benenzon di Rolando Benenzon;
- la Musicoterapia Comportamentale di Clifford K. Madsen.

La definizione di musicoterapia può variare a seconda del retroterra culturale professionale degli specialisti, dei bisogni dei pazienti, dell'approccio usato nel trattamento e di conseguenza, risulta difficile rispondere alla domanda:

"Che cos'è la musicoterapia?"

De-finire, vuol dire, porre fine al significato: vorrei quindi elencare di seguito le definizioni che dal mio punto di vista, possono spiegare al meglio il suo significato, lasciando al lettore la possibilità di scelta e una giusta "dose" di curiosità.

"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. Il musicoterapeuta può diventare una sorta di operatore sociale il cui strumento è la musica."

Juliette Alvin, modello de La terapia della libera improvvisazione 1950-1980

"La musicoterapia si può definire come l'applicazione sistematica della musica condotta dal musicoterapeuta per produrre cambiamenti nella salute emotiva e/o fisica della persona. Come tale, vengono enfatizzati i suoi aspetti funzionali piuttosto che quelli estetici e di intrattenimento."

Helen Bonny, modello GIM, 1960

"La musicoterapia Analitica è la definizione che è prevalsa per l'uso simbolico analiticamente informato della musica improvvisata dal musicoterapeuta e dal paziente. Essa è usata come strumento creativo con il quale esplorare la vita interiore del paziente in modo da fornirgli gli strumenti per la crescita e per una migliore conoscenza di sé"

Mary Priestley, modello Priestley, 1970

"Da un punto di vista scientifico, la musicoterapia è un ramo della scienza che tratta lo studio e la ricerca del complesso suono-uomo, sia il suono musicale o no, per scoprire gli elementi diagnostici e i metodi terapeutici ad esso inerenti. Da un punto di vista terapeutico, la musicoterapia è una disciplina paramedica che usa il suono, la musica e il movimento per produrre effetti regressivi e per aprire canali di comunicazione che ci mettano in grado di iniziare il processo di preparazione e di recupero del paziente per la società"

Rolando O. Benenzon, modello Benenzon, 1969

"La musicoterapia è l'uso della musica e/o degli elementi musicali (suono, ritmo, melodia e armonia) da parte di un musicoterapeuta specializzato con un paziente o gruppo di pazienti, in un processo volto a facilitare e promuovere la comunicazione, le relazioni, l'apprendimento, la mobilitazione, l'espressione, l'organizzazione ed altri obiettivi terapeutici rilevanti per affrontare i bisogni fisici, mentali, sociali e cognitivi. La musicoterapia mira a sviluppare la potenzialità e/o a ripristinare le funzioni dell'individuo in modo tale che questi possa raggiungere una migliore integrazione intrapersonale e interpersonale e, di conseguenza, migliorare la qualità della vita mediante la prevenzione, la riabilitazione e il trattamento".

La Federazione Mondiale di Musicoterapia (WFMT), 1996

"La musicoterapia è 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"

Kenneth Bruscia, 1998

"Una forma di trattamento in cui si instaura un mutuo rapporto fra paziente e terapeuta, che permette il prodursi di cambiamenti nella condizione del paziente, e l'attuazione della terapia".

Associazione professionale dei musicoterapeuti della Gran Bretagna (APMT)

"Uso clinico e basato sull'evidenza di interventi musicali per raggiungere obiettivi individualizzati all'interno di una relazione terapeutica ad opera di un professionista riconosciuto, che ha portato a termine un percorso formativo riconosciuto"

Associazione Americana di Musicoterapia (AMTA), 2011

"Per me oggi è chiaro che cosa sono le musicoterapie. Non esiste una definizione unica che possa contenere questo meraviglioso mondo, dove c'è qualcuno che si è formato e che usa le "esperienze musicali", come le definisce K. Bruscia, per creare un territorio di incontro con altri esseri umani che hanno dei bisogni. Ogni persona ha tante possibilità e tante necessità e bisogni diversi: motori, cognitivi, emotivi, riabilitativi, evolutivi e terapeutici. Noi con la musica possiamo creare uno spazio dove incontrare questa persona e proporre dei percorsi per risolvere alcune di queste necessità. Uno spazio dove stare nel "proprio tempo" e prendersi cura del "proprio bambino musicale", come lo definiscono Paul Nordoff e Clive Robbins."

Paolo Alberto Caneva, intervista del 2022

Quest'ultima definizione di Paolo Alberto Caneva, vuole essere il mio punto di partenza.

2.2. Il “bambino musicale” di Nordoff – Robbins



Il metodo della Musicoterapia Creativa, è stato sviluppato da Paul Nordoff, compositore e pianista americano, e Clive Robbins, insegnante di sostegno, tra il 1959 e il 1976 ed è stato insegnato in diversi Paesi, tra cui Gran Bretagna, Germania, Stati Uniti d'America, Australia, Giappone, Sud Africa, Canada e Norvegia.

Tale modello, intende il processo terapeutico come processo creativo e quindi utilizza la musica in modo funzionale come mezzo di conoscenza per destare, accrescere e ampliare la consapevolezza di sé, degli altri e dell'ambiente, negli spazi e nei tempi del *qui ed ora*.

Nordoff e Robbins durante i primi anni di lavoro furono influenzati dalle idee di Rudolf Steiner e dal movimento dell'Antroposofia.

La pedagogia Steineriana è un approccio educativo su base spirituale ed emozionale, sviluppatasi a partire dal 1919 su indicazioni di Steiner, teosofo austriaco fondatore dell'Antroposofia, una disciplina esoterica sviluppata per dare spiegazione alle combinazioni tra mondo fisico e mondo spirituale.

Tale disciplina considera l'uomo come l'insieme di:

- *Corpo*: si esplica nella volontà e contiene l'lo fisico, i processi vitali e la coscienza;

- *Anima*: si incarna in un corpo e poi fuori da esso di nuovo in un'esistenza spirituale, manifestandosi nel sentimento;
- *Spirito*: congiunge la vita terrena con il mondo spirituale, in modo eterno e creativo, manifestandosi nel pensiero e nelle emozioni.

La concezione Steineriana implica l'esigenza di educare gli allievi in modo armonico nelle tre facoltà: *cognitivo – intellettuale* (pensiero), *creativo – artistico* (sentimento) e *pratiche* (volontà).



La prima scuola fu fondata a Stoccarda il 7 settembre 1919, a seguito della richiesta di Emil Molt, direttore della fabbrica di sigarette Waldorf Astoria, di creare un'istituzione scolastica per i figli degli

operai e R. Steiner ne assunse l'incarico per formare il collegio degli insegnanti e fu, sino alla sua morte, considerato *spiritus rector* della scuola.

La musica nella pedagogia Steineriana è un pilastro importante.

Nello sviluppo del bambino il sistema musicale è inteso come movimento interno (ritmo) che è l'espressione originale e indipendente di



ognuno di noi. Il ritmo è una qualità fluida, una forza che scorre ed è presente in tutto ciò che è vivo. L'espansione, la riduzione, l'accelerazione, il rallentamento, la tensione e il rilassamento ne sono espressione: il ritmo non è un semplice battito ripetitivo, ma una qualità viva e musicale del tempo.

Parlando di forze interiori in movimento, per Steiner ogni ritmo si posa sul misterioso legame della respirazione con il movimento del cuore, con la circolazione del sangue: nello sviluppo musicale, bisogna porre attenzione ai cambiamenti delle qualità motorie e ritmiche del bambino in base alle esperienze apprese. Se vogliamo rivolgerci all'uomo nella sua interezza dobbiamo rivolgerci al suo sistema musicale di movimento, cioè al suo sistema ritmico considerato come il movimento del suo movimento interiore.

Vari aspetti della Musicoterapia Creativa sono riconducibili alle idee di Steiner e all'Antroposofia, infatti per Nordoff e Robbins le risposte musicali sono considerate lo specchio della condizione psicologica ed evolutiva del paziente, esse sono le peculiarità della progressione terapeutica e le caratteristiche dei fattori patologici e implicano la diagnosi.

I due ricercatori arrivarono a concettualizzare che in ogni essere umano esistono innate capacità di risposta alla musica e che in ognuno di noi esiste un sé musicale che essi definirono "bambino musicale". Nordoff e Robbins osservarono che spesso i pazienti si identificavano con le loro produzioni musicali (canzoni, temi melodici ecc.): secondo Steiner la melodia è un prodotto dell'Io che risuona nell'anima e ciascun intervallo musicale identifica un tipo unico di esperienza di vita.

Successivamente gli obiettivi della Musicoterapia Creativa si allinearono con i concetti umanistici dello psicologo comportamentista, Abraham Harold Maslow, in particolar modo al suo concetto di *bisogno di autorealizzazione*.

Maslow, sviluppò intorno al 1950, la teoria della *Piramide dei Bisogni*, nata dalla volontà di aiutare le persone a comprendere, appunto, i propri bisogni e a cercare di soddisfarli.



Maslow parte da quelli primari, indispensabili fino ad arrivare a quelli più complessi, dividendoli in una scala gerarchica organizzata in 5 livelli:

- *Bisogni fisiologici*: indipendenti l'uno dall'altro, isolabili e localizzabili in precise aree somatiche, tendono a monopolizzare completamente l'attenzione della persona, rendendo la loro gratificazione cruciale, per lasciar spazio a bisogno di livello più alto
- *Bisogni di sicurezza*: il senso di stabilità, la dipendenza, la protezione e l'emancipazione dall'ansia e paure.
- *Bisogni di appartenenza*: riassumibile nei rapporti d'affetto o d'amore ed essere soddisfatto dalle relazioni amicali, sentimentali o dall'appartenenza a determinati gruppi.
- *Bisogni di stima*: il desiderio di essere rispettato, riconosciuto e approvato; si tratta di un circolo virtuoso, per cui il raggiungimento dei risultati positivi comporta un riconoscimento anche da parte degli altri e, di conseguenza, una maggiore consapevolezza dei propri mezzi e possibilità di fare bene e crescere; al contrario, un mancato riconoscimento può determinare senso di frustrazione, scarsa autostima fino a vere e proprie forme di depressione, alimentate da sentimenti di inferiorità e sfiducia in se stessi.
- *Bisogni di autorealizzazione*: i più complessi tali bisogno sono quelli che spingono le persone a realizzarsi e a realizzare tutto ciò che hanno sempre desiderato sfruttando le proprie capacità e competenze, che siano fisiche o mentali. Una persona che soddisfa i propri bisogni di autorealizzazione è una persona in grado di fare qualcosa che sia dettata dalla propria interiorità e finalizzata ad un forte desiderio di miglioramento. Da qui nasce l'idea dell'importanza della motivazione, come la spinta che porta l'essere umano a diventare realmente ciò che è, a liberare il proprio potenziale.

Desiderio di autorealizzazione e motivazione sono due aspetti che si influenzano l'un l'altro: la voglia di affermarsi e di realizzare ciò che realmente si desidera porta ad essere molto motivati e allo stesso modo è possibile aumentare il proprio grado di motivazione riflettendo e focalizzando l'attenzione sugli obiettivi da raggiungere.

La Musicoterapia Creativa di Nordoff e Robbins, rientra nell'ambito concettuale della musica *come* terapia: la musica è catalizzatore terapeutico attraverso il quale avrà luogo il cambiamento. La produzione musicale costituisce il centro primario delle sedute di terapia del modello. Esso prevede il lavoro in coppia nel quale una persona instaura una relazione musicale con il paziente, mentre l'altro terapeuta facilita le risposte e il coinvolgimento.

I terapeuti lavorano per fasi:

- incontrare musicalmente il bambino;
- evocare risposte musicali;
- sviluppare abilità musicali, libertà espressiva e rispondenza reciproca.

L'approccio al paziente è caldo, amichevole, e vi è accettazione incondizionata del bambino/adulto così com'è, riconoscendo, rispecchiando e rispettando i suoi sentimenti, favorendo la sua scelta e autonomia; è un approccio non direttivo e il terapeuta ha il ruolo di facilitatore.

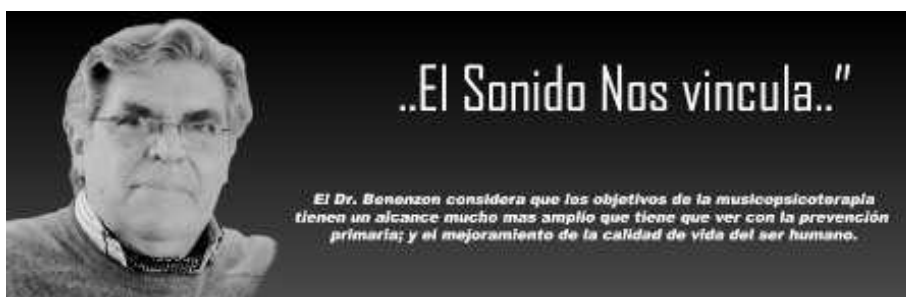
“La musica sottoforma di “improvvisazione clinica” è usata per stabilire una relazione con il paziente, per fornire mezzo di comunicazione e di espressione del sé, per facilitare il cambiamento e la realizzazione delle potenzialità. La sua essenza è credere nella musica come mezzo di crescita e di sviluppo, credere che in ogni persona nonostante le inabilità, le malattie, i disturbi o i traumi, ci sia una parte che possa essere raggiunta dalla musica e impegnata a rispondere rendendo possibile il trattamento e la successiva generalizzazione di risultati positivi nella vita del paziente.¹” (Etkin, 1999)

¹ The Use of Creative Improvisation and Psychodynamic Insights in Music Therapy with an Abused Child, in T. Wigram – J. De Backer (eds), *Clinical Applications of Music Therapy in Developmental Disability Paediatrics and Neurology*, London, Jessica Kingsley Publishers, 1999.)

2.3. ISO: "Identità sonora" del Modello Benenzon

Roland Omar Benenzon è un musicista e psichiatra argentino nato a Buenos Aires nel 1939.

Il IX Congresso Mondiale di Musicoterapia tenuto a Washington, USA a novembre del 1999, ha definito il modello Benenzon come uno dei cinque modelli più importanti della musicoterapia.



*"La musicoterapia è una psicoterapia non verbale che utilizza le espressioni corporo-sonoro non verbali per sviluppare un legame relazionale tra il musicoterapista ed altre persone che necessitano di un aiuto per migliorare la qualità di vita, riabilitarla e recuperarla per la società; così come produrre scambi socio-culturali-educativi-nell'ecosistema e attuare la prevenzione primaria della salute comune."*²

Benenzon nel suo modello, definisce la musicoterapia come una *psicoterapia* o come *terapia relazionale non verbale* che riguarda l'Uomo e non necessariamente il paziente; questa sua visione apre un nuovo orizzonte alla musicoterapia, considerata precedentemente come una tecnica destinata solo a persone con disabilità: amplia, quindi il suo impiego, dalla prevenzione primaria al miglioramento della qualità di vita dell'essere umano.

Il modello è di tipo attivo, incentrato sulla libera improvvisazione, in un contesto non verbale, con un setting ben definito e si svolge con una coppia terapeutica (musicoterapeuta e co-terapeuta) che si pongono nei confronti del paziente con atteggiamento non direttivo, finalizzato all'osservazione e all'ascolto.

² BENENZON, R., O., *Manuale di musicoterapia*, Roma, Borla, 1998

La musica è interpretata come metafora, icona, indice o simbolo, è espressione di un messaggio da parte del paziente: musica *in* terapia.

Al centro del modello teorico troviamo il concetto di ISO:

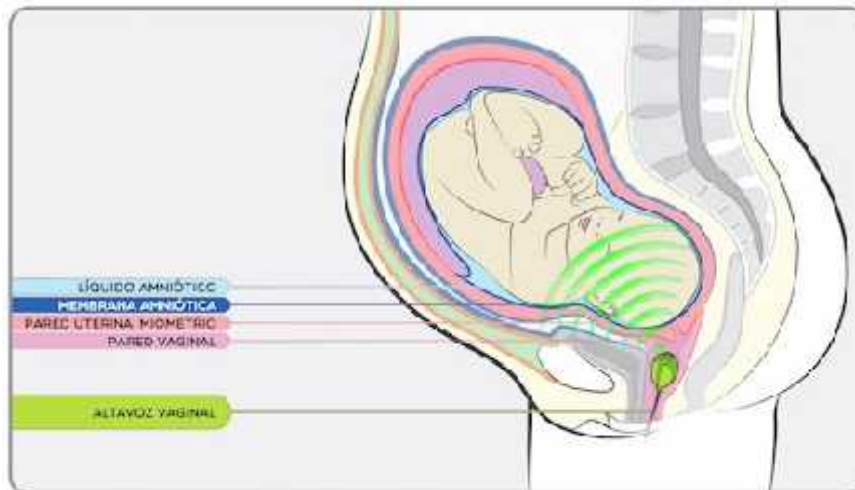
“Definisco il principio dell’ISO l’insieme infinito delle energie sonore, acustiche e di movimento che appartengono a un individuo e che lo caratterizzano. Questo flusso interno di energie è formato dall’eredità sonora: dalle esperienze sonore intrauterine del periodo gestazionale e dalle esperienze sonore fatte a partire dalla nascita fino al presente.”³

Il concetto di ISO, Identità Sonora, è introdotto da Benenzon nel 1981. L’ISO riassume in sé le energie sonore insite nel nostro patrimonio genetico e quelle che derivano dalle nostre esperienze corpore – sonoro – non verbali, a partire dai primi mesi di gestazione e per tutto il periodo della nostra vita. Benenzon riferendosi al *Processo Primario* di Freud, caratterizzato dall’assenza di tempo (*atemporalità*), dall’assenza di logica e l’assenza di principio di contraddizione, individua nell’inconscio *l’ISO universale* e *l’ISO gestaltico*.

L’ISO universale include le energie sonore di base ereditate nel corso del tempo, comuni a tutto il genere umano, tramandate da individuo a individuo fino ai nostri giorni; un vero e proprio deposito genetico di suono, movimento e silenzio forgiatosi nel corso dei millenni: il battito cardiaco, i suoni di inspirazione ed espirazione, i suoni della natura, il ritmo del camminare, trottare, correre, ecc...

Sempre nell’inconscio troviamo *l’ISO gestaltico*, che caratterizza il singolo individuo, rendendolo diverso da tutti gli altri, ed è costituito dagli elementi sonori acquisiti durante la vita fetale, dall’embrione, a partire dal suo concepimento. Durante la gestazione il feto assorbe e si “nutre” di stimoli sonori, provenienti da tre grandi fonti:

³ BENENZON, R.O., WAGNER G., DE GAINZA V.H., *La nuova musicoterapia*, Roma, Il Minotauro 2006



- il *corpo materno*: voce della madre, i suoi ritmi e suoni di inspirazione e espirazione, Il battito del suo cuore, i rumori delle pareti uterine, i rumori intestinali, i suoni articolari e muscolari, i suoni propri del funzionamento globale dell'organismo, i movimenti gravitazionali, le pause e i silenzi;
- i *suoni esterni al corpo materno*, percepiti attraverso il liquido amniotico: voce del padre e le altre voci, rumori del contesto sociale, la musica e i diversi fenomeni acustici, i movimenti di pressione, tensione e distensione, le pause e i silenzi;
- *dall'inconscio della madre all'inconscio del feto*: questo canale che unisce l'inconscio della madre con l'inconscio del feto è molto particolare e si mantiene con la madre nella vita post-natale durante gran parte dei primi mesi di vita e in seguito si va atrofizzando a causa delle invasioni degli altri stimoli.

Nel preconscious, identificato da Benenzon con il *Processo Secondario* di Freud, dove tutto diventa *temporale*, cronologico, ordinato e le energie si strutturano secondo una logica, passando al livello della coscienza, che può portare successivamente alla parola, si colloca l'*ISO culturale*. Esso è costituito dalle esperienze corpo - sonoro – non verbali che ogni individuo vive dal momento del parto in poi: le vibrazioni e il silenzio dell'ambiente che lo circonda, le manifestazioni dell'ecosistema, gli usi e costumi propri della sua famiglia, le sue abitudini, i suoi riti, la sua routine, la sua cultura.

Nel preconcio si può anche generare un'identità sonora relativa e provvisoria, chiamata *ISO complementare*, data dall'insieme di piccole modifiche attuate in alcuni momenti della giornata, sotto l'effetto di determinate circostanze ambientali e dinamiche; *l'ISO complementare* è fondamentale nel processo terapeutico in quanto rappresenta le modifiche che intervengono nel corso delle sedute e che determinano i cambiamenti momentanei dell'*ISO gestaltico*.

Nel momento in cui si stabilisce una relazione con più individui si costituisce quello che viene definito *l'ISO gruppale*, in cui gli *ISO gestaltico* e *culturale* di ciascuno, si adattano reciprocamente e si intrecciano fra loro per costituire un'identità sonora propria del gruppo in questione, che avrà un proprio tempo biologico, una propria logica determinata e una propria struttura data da forme, ritmi, sequenze e cadenze.

Benenzon afferma, quindi, che *“La produzione sonora di un individuo contiene implicitamente la somma di tutti gli ISO menzionati”*⁴.

⁴ BENENZON, R.O., WAGNER G., DE GAINZA V.H., *La nuova musicoterapia*, Roma, Il Minotauro 2006

2.4. Il concetto di salute



La salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, caratterizzata da un armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico dell'organismo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale.

Carta di Ottawa 1986



La *Carta di Ottawa per la promozione della salute* è il nome dato ad un accordo internazionale firmato in occasione della Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, organizzata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e tenutasi a Ottawa, in Canada, dal 7 al 21 novembre 1986.

L'idea alla base era la possibilità di produrre un documento condiviso, che avesse al centro la salute per tutto il mondo entro l'anno 2000.

A tale conferenza parteciparono 38 paesi, i cui rappresentanti hanno potuto scambiare esperienze e conoscenze sulla promozione della salute, promuovendo il dialogo tra operatori sanitari, politici, accademici, volontari e organizzazioni civili.

Secondo quanto stabilito dalla Carta di Ottawa:

“La salute è una risorsa per la vita quotidiana, non l'obiettivo del vivere. E' un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche e si raggiunge allorchè gli individui sviluppano e mobilitano al meglio le proprie risorse in modo da soddisfare prerogative sia personali (fisiche e mentali), sia esterne (sociali e

materiali). Salute e malattia non sono pertanto condizioni che si escludono a vicenda, bensì punti terminali di una comune continuità.”⁵

La salute è dunque percepita come una risorsa della vita quotidiana e non come il fine della vita; è un concetto positivo che mette in valore le risorse sociali e individuali, come le capacità fisiche. Inoltre la salute e la malattia possono essere viste come due punti all'estremo di una successione di eventi continua e inscindibile.

“[...]Una buona salute è una ricchezza fondamentale per il progresso sociale, economico e individuale e, nello stesso tempo, costituisce un aspetto importante della qualità della vita. I fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono intervenire tutti in favore o a danno della salute. L'azione di Promozione della Salute tenta di rendere queste condizioni favorevoli tramite la promozione delle idee.”⁶

Solo attraverso la promozione della salute si potrà raggiungere un completo stato di benessere, che non è lasciato come unica responsabilità del settore sanitario, ma riguarda tutti.

“[...]La Promozione della Salute appoggia lo sviluppo individuale e sociale, offrendo informazioni, assicurando l'educazione sanitaria e perfezionando le attitudini indispensabili alla vita. In tal modo, essa permette alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di fare scelte favorevoli ad una vita sana. E' d'importanza cruciale che le persone imparino per tutta la vita e possano prepararsi ad affrontare le diverse tappe. Questa tappa deve essere seguita a scuola, nella famiglia,

⁵ Carta di Ottawa, 1986

⁶ Carta di Ottawa, 1986

negli ambienti di lavoro e nell'ambito comunitario, dagli organi professionali, commerciali e dal volontariato, nonché nelle istituzioni medesime".⁷

Per raggiungere uno stato di benessere fisico, mentale e sociale, un individuo deve essere capace di identificare e realizzare le proprie aspirazioni e soddisfare i propri bisogni; la Carta di Ottawa affida tale "responsabilità" alla scuola, agli ambienti di lavoro, professionali e di volontariato.

"[...]La Salute è costruita e vissuta in diversi ambiti della vita quotidiana: nei luoghi dove si studia, si lavora, si gioca, si ama. Essa deriva dalle cure dedicate a noi stessi e agli altri, dalle attitudini a prendere decisioni ed a controllare le proprie condizioni di vita, dalla sicurezza che la società offra a tutti i suoi componenti la possibilità di godere di un buon livello di salute. L'interesse per gli altri, l'approccio olistico e l'ecologia sono elementi indispensabili per la concettualizzazione e l'elaborazione delle strategie di Promozione della Salute. Perciò i creatori di queste strategie devono adottare come principio direttivo il fatto che, a tutti i livelli della pianificazione, della realizzazione e della valutazione della Promozione della Salute, uomini e donne sono parti associate e uguali."⁸

Ogni individuo può, quindi, attivare le proprie risorse personali per far fronte alla malattia, senza basarsi esclusivamente sui supporti esterni, ma influenzando la propria condizione di salute attraverso la partecipazione ad attività quotidiane legate alla cultura e alle arti. La salute diviene così una risorsa indispensabile di vita quotidiana e

⁷ Carta di Ottawa, 1986

⁸ Carta di Ottawa, 1986

ognuno deve imparare a prendersi cura di se stesso e degli altri, senza alcun tipo di discriminazione.

La musicoterapia, può rispondere e soddisfare diverse posizioni all'interno del discorso sulla salute, in quanto può avere varie finalità:

- *preventivo/integrativo*: conseguenza implicita, anche se non ci sono bisogni evidenti, fare un'attività artistica può prevenire uno scompenso clinico o socio-ambientale;
- *riabilitativo*: mira al recupero di capacità (cognitive, motorie, verbali, espressive e relazionali) precedentemente perdute a causa di una patologia o acquisendo risorse diverse da quelle precedenti;
- *Educativo*: sostiene la crescita personale, la conoscenza e il potenziamento di parti di sé e della propria personalità;
- *Terapeutico*: agisce come contenimento per alleviare la sintomatologia clinica, o come trasformazione sulla persona.

Kenneth Bruscia nel 1998 afferma che la musicoterapia *“è un processo sistematico di intervento dove il terapeuta aiuta a promuovere le salute dell'individuo usando esperienze musicali e le relazioni che si sviluppano da esse come forze dinamiche di cambiamento”*.



2.5. La musicoterapia oltre i modelli convenzionali

I metodi di musicoterapia possono essere sia *attivi* che *recettivi*; i primi prevedono un approccio principalmente non verbale e l'elemento sonoro-musicale, soprattutto nell'uso della improvvisazione, viene utilizzato al fine di creare una interazione con l'utente e di sviluppare processi comunicativo - relazionali; quelli recettivi prevedono un approccio prevalentemente verbale, e si basano sull'ascolto di brani musicali, canzoni o stimoli sonori di diversa natura proposti dal musicoterapeuta, con la finalità principale di un ampliamento delle capacità di ascolto, dando al paziente una suggestione sensoriale più o meno complessa che può portare a un'attivazione del sistema nervoso centrale.

“Definiamo un *metodo* come un determinato tipo di esperienza musicale nella quale il paziente è coinvolto a fini terapeutici; una *variazione* come il particolare modo in cui tale esperienza musicale è progettata; una *procedura* ciò che il terapeuta deve fare per coinvolgere il paziente in quella esperienza; una *tecnica* come un passo all'interno di qualsiasi procedura che il terapeuta usa per dare forma all'esperienza immediata del paziente; un *modello* come l'approccio unico e sistematico al metodo, alla procedura e alla tecnica basati su determinati principi.”⁹

Kenneth Bruscia fa un'ulteriore schematizzazione, sottolineando il diverso uso della *musica* in musicoterapia, articolandola in quattro macro esperienze:

- la *musica improvvisata*: avviene quando la persona crea, usando un qualsiasi mezzo, un flusso sonoro;
- la *musica eseguita o riprodotta*: avviene quando la persona esegue una musica composta e scritta precedentemente;
- la *musica composta*: avviene quando la persona viene coinvolta nell'atto creativo, per esempio quando si scrive la musica e/o il testo di una canzone o un pezzo strumentale;

⁹ BRUSCIA, K.E., *The dynamics of music psychotherapy*, Gilsum (NH), Barcelona Publishers, 1998a.

- la *musica ascoltata*: esperienza recettiva in cui la persona ascolta e reagisce alla musica.¹⁰

All'interno dei "modelli convenzionali" (esposti nel paragrafo 2.1.) i musicoterapeuti si rifanno ai quattro ambiti teorici della psicologia (psicoanalitico, comportamentista, umanistico e transpersonale), il paziente viene identificato come il luogo del manifestarsi del problema e nello stesso tempo quello della speranza di guarigione e la musica è uno strumento espressivo, proiettivo o di contenimento, un fenomeno introspettivo e rappresentazione degli stati mentali e dei sentimenti.

"Oggi sembra che non ci si senta più così sicuri di sapere che cosa sia la musicoterapia, o piuttosto non è chiaro se la diversità delle pratiche e delle teorie emergenti possa essere compresa sotto l'ombrello più ampio della disciplina musicoterapica "convenzionale": la pratica concreta di numerosi musicoterapeuti non sembra rientrare nel modello teorico condiviso e riconosciuto e ciò può far sorgere l'idea che se una pratica si colloca fuori dal modello possa essere infondata, discutibile o sbagliata. I dilemmi che spesso accompagnano un musicoterapeuta sono quelli legati al ruolo, obiettivi, teorie limiti e confini della propria professione".¹¹

La linea che separa il "fare musica" e il "fare musicoterapia" con il singolo o con il gruppo, risulta essere così sottile da non riuscire a dare loro la giusta differenziazione.

Il progetto che vado ad illustrarvi nel capitolo successivo, argomento centrale della mia tesi, non utilizza in modo specifico uno dei modelli convenzionali elencati precedentemente, ma pone le sue basi partendo da concetti come il "bambino musicale" di Nordoff Robbins, l'"ISO, Identità Sonora" di Benenzon e cercando di utilizzare la *musica eseguita o riprodotta* come *esperienza*, così come è stata definita da Kenneth Bruscia. Il percorso si focalizza sulle abilità musicali presenti negli utenti coinvolti per svilupparle e potenziarle, cercando di dare loro nuove possibilità di benessere individuale e relazionale.

¹⁰ Caneva P.A., Mattiello Stefania, *Community Music Therapy, itinerari, principi e pratiche per un'altra musicoterapia*, Franco Angeli, PES, Milano, 2018

¹¹ Caneva P.A., Mattiello Stefania, *Community Music Therapy, itinerari, principi e pratiche per un'altra musicoterapia*, Franco Angeli, PES, Milano, 2018

Concludo questo capitolo con un'affermazione di Carolyn Kenny del 1982:

“Ho scoperto che la mia definizione di musicoterapia è molto influenzata dalle caratteristiche di chi mi sta facendo la domanda e da come mi sento quel giorno. Quel che ho imparato è che la musicoterapia cambia in base alle persone, al momento e al luogo”.

CAPITOLO 3. Il progetto di musicoterapia con *In Itinere*

3.1. Descrizione generale del progetto

Il progetto *In Itinere* nasce nel 2007 e come può indicare il nome, al suo esordio non aveva una sede stabile e ogni attività era contestualizzata in adeguati spazi, con consulenti specializzati. Successivamente la sede è stata stabilita a Cuneo, in via Bersezio 6/e, dove dal lunedì al venerdì con orario 9-16, gli utenti possono recarsi “in autonomia” per partecipare alle varie attività proposte.

Il mio percorso all’interno del progetto *In Itinere* nasce nel 2022; prima di me il lavoro musicale era stato svolto da altri due consulenti, che avevano realizzato percorsi differenti, legati a un processo di esplorazione espressivo - musicale e sonorizzazione di film.

Gli incontri di musicoterapia sono settimanali (di martedì mattina), con inizio nel mese di ottobre e conclusione a fine maggio, la durata di ogni incontro è di due ore e lo spazio a disposizione per l’attività è il salone centrale della struttura, dove sono presenti tavoli, sedie, un divano e degli strumenti musicali.



L’ascolto è stato ed è ancora oggi il punto di partenza e il filo conduttore del progetto, che accomuna tutti, musicoterapeuta ed educatori compresi: l’ascolto di sé stessi, delle proprie possibilità, dei propri limiti, degli altri, delle loro possibilità, dei loro limiti, della musica, delle parole, delle emozioni provate.

Lo stesso Benenzon, pone l'ascolto tra le "quattro A" essenziali per avere una autentica comunicazione e relazione tra le persone:

Aspettare: un tempo cronologico per aspettare di entrare nel setting, per rispettare l'Altro;

Ascoltare: inteso come "ascolto tecnico" di qualsiasi cosa legata all'Altro: il suo respiro, il suo muoversi, il suo fare o non fare;

Attendere: che qualcosa avvenga in me;

Accogliere: quello che l'Altro fa e rispettarlo.

Questi quattro pilastri benenzoniani, sono stati e sono alla base del lavoro proposto.

Il progetto pone l'uso della musica *come terapia* e gli obiettivi clinici sono compresi negli obiettivi musicali: la musica diviene espediente speciale, un mezzo ideale di aiuto per trovare nuovi e più profondi modi di agire e comunicare.

Nel corso dei due anni da quando è iniziata la mia collaborazione con *In Itinere*, alcuni obiettivi sono rimasti alla base del lavoro, altri sono cambiati e sotto alcuni aspetti si sono evoluti e trasformati in modo piacevolmente inaspettato.

Fin dall'inizio ho cercato di lavorare per valorizzare le capacità presenti e stimolare l'apprendimento di nuove abilità musicali, che potessero essere per gli utenti una scoperta e di conseguenza un incoraggiamento, a non smettere di cercare quelle che possono ancora essere le proprie possibilità, al di là della patologia, e di poterlo portare anche al di fuori dell'attività.

La finalità del progetto risulta quindi essere di tipo riabilitativo e terapeutico:

- ✓ *Riabilitativo* in quanto il punto di partenza sono le capacità presenti e il lavoro verte sul recupero, anche solo in parte, di alcune abilità perse in seguito all'evento traumatico o patologia, o sullo scoprire nuove risorse, che potranno risultare diverse da quelle precedenti, ma comunque funzionali e stimolanti per il raggiungimento dell'obiettivo finale;
- ✓ *Terapeutico* in quanto può portare ad un mutamento della persona a livello di benessere psicologico e sociale.

Il lavoro mette al centro *l'esperienza della musica eseguita* (K.Bruscia) all'inizio come sonorizzazione guidata di un tema predefinito e successivamente come studio e riproduzione di una partitura musicale scritta precedentemente o riarrangiata dalla musicoterapeuta: basilare per l'intera metodologia è ricavare un evento musicale composito, quindi, capace di tener desto a lungo l'interesse di chi partecipa da un insieme di semplice elementi sommati e moltiplicati attraverso l'uso collettivo.

Obiettivi generali:

- Stimolare la propria musicalità;
- Stimolare la propria identità sonora;
- Condividere la propria identità sonora con il gruppo;
- Rispettare l'identità sonora dell'Altro;
- Creare una identità sonora di gruppo;
- Stimolare la memoria uditiva, visiva e tattile;
- Stimolare la manualità fine;
- Lavorare sul recupero di abilità perse;
- Accettare i propri limiti;
- Acquisire nuove risorse;
- Migliorare l'attenzione e la concentrazione;
- Stimolare il linguaggio;
- Stimolare l'espressione vocale e quindi il canto;
- Acquisire differenti metodi di comunicazione;
- Creare uno spazio di condivisione e confronto;
- Creare un momento di relazione;
- Migliorare la socializzazione;
- Creare un momento di benessere;
- Creare uno spazio in cui sentirsi liberi di esprimersi.

Nel corso di un percorso sonoro attivo, ogni singolo incontro ed il relativo piano generale, sono in stretta relazione con le esigenze del gruppo di lavoro e prevedono, necessariamente, un rapporto empatico tra gli operatori e il gruppo che, il materiale

musicale e le emozioni suscitate, andranno indirettamente a cimentare. Proprio in relazione alle esigenze e all'evoluzione del gruppo, il progetto nel corso del tempo si è modificato fino ad assumere le caratteristiche attuali: andiamo nel dettaglio a scoprire la sua evoluzione.

3.2. Il progetto e la sua evoluzione



Il numero dei partecipanti al progetto nell'anno corrente è di 10. Ognuno dei partecipanti, come meglio specificato nella tabella del capitolo 1, paragrafo 1.5., proviene da contesti differenti: alcuni vivono in autonomia in casa insieme a familiari, altri in RSA o in centri residenziali o in casa appartamento.

La scelta di aderire o meno all'attività è a discrezione del singolo e non è obbligatoria; tra un incontro e l'altro il numero dei partecipanti può variare in base al loro stato di salute, ad altri impegni prestabiliti o imprevisti quotidiani.

La mia collaborazione con *In Itinere*, come già accennato, nasce nel gennaio 2022 in un periodo in cui erano ancora presenti le restrizioni del Covid e il numero di partecipanti era limitato a 5: Sara, Bruno, Davide, Dario e Annalisa. In questo gruppo iniziale non erano presenti dei musicisti, ma tutti avevano partecipato ai progetti musicali precedenti, ed ognuno aveva nel tempo acquisito proprie competenze musicali e sviluppato delle preferenze nella scelta di un determinato strumento musicale, legata sia ad un proprio gusto personale che ad esigenze in relazione ai propri limiti fisici.

Insieme a me, sono sempre presenti i due educatori del progetto, Emiliano e Cristina, che seguono gli utenti anche durante il resto della settimana.

Nella sala centrale dove si svolge l'attività, come già accennato precedentemente, sono presenti degli strumenti musicali, quali:

- una tastiera
- un pianoforte digitale
- una batteria
- uno xilofono
- un piatto oscillante
- delle campane tubolari
- sonagli e shackers
- impianto e mixer



In questa fase iniziale ho cercato di proporre una modalità di approccio che non si distaccasse troppo dal lavoro svolto precedentemente dai miei colleghi, anche per avere il tempo di conoscere le caratteristiche e le possibilità individuali e del gruppo. Agli strumenti musicali presenti ho aggiunto quelli tipici dello Strumentario Orff:

- tamburi a cornice
- maracas
- ovetti shackers
- sonagli
- mezzaluna
- legnetti
- guiri
- triangoli
- campanelle intonate
- piastre sonore
- altri strumenti come il tamburo del mare, il palo della pioggia, l'hang drum, lo spring drum e lo djambè.

In operazioni in cui si vuol procedere alla costruzione di un'atmosfera sonora in cui tutti possano suonare con il solo intento di esprimersi e mettersi in gioco, lo strumentario Orff diventa non un mezzo prescelto, ma l'unico mezzo possibile per la realizzazione dell'obiettivo. Il binomio strumenti semplici (percussioni) – gruppo, infatti, è capace di trasformare una serie di individualità sonore elementari in un evento, musicale ricco e mutevole, laddove la ricchezza è data dalla partecipazione emotiva e non dalla costruzione di un prodotto esteticamente valido.

Le attività proposte erano:

- improvvisazione libera;
- improvvisazione con una base ritmica;
- attività ritmiche con il corpo o con strumenti non convenzionali;

- scelta libera a turno di una canzone da parte di ognuno dei partecipanti, che veniva eseguita sulla chitarra da me e accompagnata in modo libero dal gruppo;
- scelta di un tema e proposta di una canzone inerente su cui poi ci si confrontava in tema di emozioni, ricordi e analisi semplice musicale (che strumenti sentite? Tempo binario o ternario? Il timbro della voce?...);
- scelta di una canzone, riarrangiata e da eseguire insieme, ognuno allo strumento musicale scelto, con la propria parte.

A conclusione di questi primi incontri abbiamo realizzato un breve video da inviare a familiari ed amici, che raccontasse il nostro percorso, il cui titolo era *“Dei vizi e delle tradizioni italiane”*, scelto insieme in base agli argomenti che ci avevano colpito maggiormente, e prevedeva:

- un brano sul tema del *caffè*:

il popolo italiano famoso per essere grande amante del caffè;

Struttura del brano:

3 sottogruppi di strumenti non convenzionali, che eseguono 3 diversi pattern ritmici (vedi spartito),

accompagnati dalla

musicoterapeuta all'ukulele:

1. Tazzine: Dario e l'op. Cristina;
2. Bustine di zucchero: Sara e Annalisa;
3. Cucchiaini: Bruno, Davide e l'op. Emiliano.



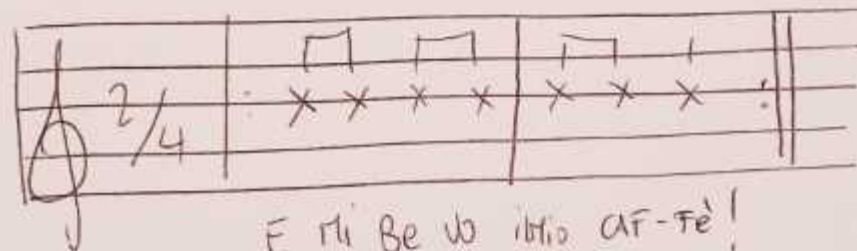
La canzone del CAFFÈ



CAF - FÈ



SCIO-LOLOZUCCHERO



E MI BE VO ITO CAF-FÈ!

- Esecuzione strumentale della “Canzone del sole” di Battisti: l’Italia, terra del sole e del mare;

Strumenti musicali utilizzati:

Tastiera: Bruno;

Xilifono: Davide;

Timpano: Sara;

Mezzaluna: Dario;

Campanella MI:

Annalisa;

Triangolo: op.

Cristina;

Ukubass: op. Emiliano;

Chitarra: mtp Marianna.



- Esecuzione della canzone “Viva la libertà” di Jovanotti, come messaggio di speranza per tutti:

“Libertà di dire, di fare, di essere, libertà astratta, libertà come unicità...viva la libertà!”

Strumenti musicali utilizzati:

Tastiera: Bruno;

timpano: Sara;

Piastre sonore: Dario;

Campana La: Annalisa

Tamburo del mare e

campane tubolari: Davide;

Ukubass; op. Emiliano;

Mezzaluna: op. Cristina;

Chitarra: mtp Marianna.



Il lavoro relativo alle canzoni “La canzone del sole” e “Viva la libertà”, è stato quello che ha posto le prime basi di quella che poi è divenuta la metodologia definitiva del progetto: riuscire a suonare canzoni del proprio repertorio personale, riuscire a farlo insieme, ognuno con le proprie possibilità, ma con la propria parte strumentale, indispensabile comunque alla riuscita del brano, ha dato al gruppo un forte senso di condivisione e appartenenza, di voglia di impegnarsi, di stimolo a migliorare e la creazione di quella che nel tempo è divenuta una vera a propria *band!*

Nel periodo ottobre 2022 - maggio 2023, al gruppo si aggiungono Maria, ragazza propositiva, con la voglia di imparare e una buona musicalità di base, Alberto S., ex batterista di una blues band, e Massimo, pianista, che aveva studiato in conservatorio: questa volta, il repertorio a fine percorso sarà composto da 8 brani, rigorosamente scelti dal gruppo.

Scaletta 2022/2023:

- ❖ “Se bastasse una canzone” E. Ramazzotti
- ❖ “Hey Jude” Beatles
- ❖ “So this is Christmas” J. Lennon
- ❖ “Spiagge” R. Zero
- ❖ “Scotta” N. Fabi
- ❖ “Buonanotte fiorellino” F. De Gregori
- ❖ “Una musica può fare” M. Gazzè
- ❖ “Caramello” E. Lamborghini.



L’aggiunta di 3 partecipanti ha portato un’evoluzione a tutto il gruppo, sia a livello di un maggior impegno e responsabilità individuale, nello studio delle parti, nel rispetto di tutti, nell’aiutare l’altro a memorizzare la parte o a “suonare al momento giusto” che a livello di difficoltà pratica delle canzoni proposte. Proprio questa difficoltà musicale, ci ha portati a dover eseguire le canzoni suddividendole in INTRODUZIONE – STROFA – RITORNELLO, non riuscendo ancora a suonare la canzone da “capo a fondo”.

Nel corso del progetto si sono maggiormente definiti gli strumenti caratterizzanti ogni partecipante:

- Bruno: Tastiera e djambè;
- Massimo: pianoforte digitale o djambè;
- Maria: Xilofono e tastiera;
- Davide: campanelle intonate, tamburo o legnetti/guiri;
- Dario: piastre o tamburo;
- Alberto: batteria;
- Sara: Piatto oscillante, triangolo o timpano;
- Annalisa: Tamburo del mare o campanelle intonate.

A conclusione del progetto, a fine maggio, è stato organizzato un momento di restituzione, questa volta in presenza, aperto ad amici e parenti, durante il quale è stato proiettato il video – testimonianza, con l'esecuzione dei vari brani. Il feedback da parte dei presenti è stato molto positivo; la complessità del progetto è visibile anche ad occhi "meno esperti" e i complimenti ricevuti hanno creato grande entusiasmo, alternato a momenti di commozione condivisa.

Nel periodo ottobre 2023 – maggio 2024 si aggiungono altri 3 utenti, arrivando a un totale di 11 partecipanti: Alice, ragazza giovane di 32 anni, molto amica di Maria, dal carattere aperto e propositivo (ad aprile abbandonerà l'attività in seguito a un cambio di struttura residenziale), Alberto G., percussionista e batterista autodidatta, che ha girato il mondo e Sergio, un vero fan della musica di qualsiasi genere, proveniente da una RSA di Cuneo.

Durante questo ultimo anno, vi è stata un'ulteriore evoluzione: un miglioramento a livello di tempi di apprendimento da parte dei "veterani" del progetto, che in poco tempo memorizzano e ricordano le parti "a memoria", un aumento ulteriore di

difficoltà dei brani proposti, nonché la riuscita nell'esecuzione delle canzoni dall'inizio alla fine, grazie anche al grande sostegno ritmico portato da Alberto G sulla batteria. Al setting strumentale viene, infatti, aggiunta una batteria in più, donata da Alberto S., per permettere ad Alberto G. di poter suonare insieme, senza doversi alternare. Per la prima volta vi è l'uso della voce da parte di Davide, che scopre in modo inaspettato, la sua preferenza al canto, e in alcune canzoni, Maria, come corista o per piccole strofe da solista, anche se una timidezza alla base, la porta quasi sempre a scegliere di suonare uno strumento.

Scaletta 2023/2024:

- ❖ "Thriller" M. Jackson
- ❖ "Piccola stella senza cielo" Ligabue
- ❖ "Diamante" Zucchero
- ❖ "Ma il cielo è sempre più blu" R. Gaetano
- ❖ "Ragazzo fortunato" Jovanotti
- ❖ "Attenti al lupo" L. Dalla
- ❖ "Can't stop the feeling" J. Timberlake



A fine maggio è stata organizzata la restituzione, condivisa anche quest'anno con parenti ed amici, che ha visto una partecipazione ancora più numerosa ed attenta: chi aveva assistito all'incontro dell'anno precedente, ha potuto notare gli sviluppi e i miglioramenti, mentre i nuovi hanno confermato l'entusiasmo e il riconoscimento del lavoro svolto.

3.3. Il ruolo del musicoterapeuta

Il musicoterapeuta è un professionista che utilizza la musica e i suoi elementi in percorsi individuali o collettivi, allo scopo di promuovere la comunicazione, le relazioni e altri obiettivi terapeutici rilevanti per affrontare i bisogni fisici, mentali, sociali e cognitivi della persona; si muove nell'ampio contesto della relazione d'aiuto.



La musica e i suoi elementi (suono, ritmo, melodia e armonia) sono utilizzati in percorsi individuali o collettivi allo scopo di promuovere la comunicazione, le relazioni, l'apprendimento e l'espressione corporea per affrontare i bisogni fisici, mentali, sociali e cognitivi della persona. Il suo obiettivo è quello di sviluppare le potenzialità o ripristinare le funzioni dell'individuo, in modo tale che questi possa raggiungere una migliore integrazione intrapersonale e interpersonale e, di conseguenza, una migliore qualità della vita. Opera in ambito riabilitativo, terapeutico, preventivo, del benessere offrendo le proprie competenze in differenti ambienti, in sinergia con professionisti in ambito medico e altri operatori specializzati, sulla base di un progetto terapeutico o riabilitativo condiviso.

“Il musicoterapeuta è una figura che si ispira molto da vicino al ruolo e all'identità dello psicoterapeuta. Tra il paziente e il terapeuta esiste una separazione creata da chiari confini personali, che evitano che il coinvolgimento professionale si sviluppi in una relazione sociale. [...]. Il musicoterapeuta cerca di bilanciare le due identità di musicista e di terapeuta: in quanto musicista egli ha il ruolo di promuovere la musica e il far

musica tra gli individui e nell'ambiente e come terapeuta lavora con i fattori e i limiti che impediscono alle persone (o ai gruppi o comunità) di accedere a tali attività.”¹²

La mia formazione come chitarrista classica, Laurea di Primo Livello presso il conservatorio Ghedini di Cuneo, come musicoterapeuta, presso la scuola Triennale S.C.I.S.A.R. di Napoli, e come operatrice musicale del metodo Orff, presso la scuola Donna Olimpia di Roma, mi pone nella situazione di dover spesso trovare il modo di bilanciare queste tre identità di musicista, operatrice musicale e terapeuta. Nel caso specifico di questo progetto, i ruoli hanno raggiunto un equilibrio in modo naturale e semplice: la formazione musicale avuta dal conservatorio, mi ha permesso e mi permette di arrangiare e scrivere le varie parti musicali, in base alle necessità della canzone e dell'utente a cui sono destinate e assumere il ruolo di “direttore d'orchestra”; il mio essere spesso a contatto con bambini al di sotto dei 6 anni, mi ha insegnato l'arte della *semplificazione* e della ricerca del bello; la formazione come musicoterapeuta, mi ha permesso e mi permette di entrare in relazione con i pazienti con una modalità e con uno sguardo che punta verso quelli che sono gli obiettivi non solo musicali, ma anche riabilitativi e terapeutici, ponendomi sempre in ascolto, delle preferenze, delle necessità e dei bisogni dell'Altro.

Nel corso di questi due anni la relazione con gli utenti si è intensificata, anche grazie ai momenti di condivisione con le famiglie e amici, e ogni martedì mattina, mi accolgono con entusiasmo e voglia di lavorare. Questo progetto nel tempo è diventato per me molto importante e ho potuto crescere e maturare, imparando da loro moltissimo, soprattutto a livello personale, sul come cercare di vedere, quasi sempre, “quello che c'è” e non soffermarsi troppo su “quello che manca” e di questo sono davvero molto grata.

¹² Caneva P.A., Mattiello Stefania, *Community Music Therapy, itinerari, principi e pratiche per un'altra musicoterapia*, Franco Angeli, PES, Milano, 2018

3.4. Il ruolo dell'educatore

Il supporto dei due educatori sempre presenti all'attività risulta essere fondamentale, sia per un aiuto attivo e pratico, che da un punto di vista di confronto e relazione.

Sia Emiliano che Cristina, lavorano al progetto *In Itinere* dal suo esordio, accompagnando gli utenti in giornate di condivisione (gite, cinema serale, mostre in musei...) che possono essere anche al di fuori delle attività settimanali, avendo quindi instaurato con loro una forte relazione.

All'interno dell'attività aiutano i ragazzi con maggiori difficoltà, sostenendoli suonando uno strumento simile a loro, e dirigendoli per aiutarli a mantenere l'attenzione, senza mai però volersi sostituire o "suonare per loro"; durante la settimana li aiutano anche a "studiare e/o ripassare la parte", per arrivare preparati all'incontro successivo; quando il brano è pronto, si improvvisano anche "cameraman" per fare il video.

Nei miei confronti c'è stato fin da subito rispetto e un confronto sincero, dandomi anche buoni consigli in determinate situazioni; l'attività è da loro molto apprezzata, tanto che l'idea della restituzione alle famiglie e amici è nata proprio da una loro richiesta di valorizzazione.

3.5. L'arrangiamento e lo studio del repertorio: modalità utilizzate.



Il repertorio, come detto precedentemente, viene proposto dagli utenti, in base alle loro preferenze musicali. Tendenzialmente, i primi due incontri iniziali (periodo di ottobre), vengono utilizzati per decidere la scaletta: ognuno di loro può proporre 3 brani a scelta, che verranno ascoltati e successivamente verrà votata per alzata di mano da tutto il gruppo, la propria preferenza, e di conseguenza la canzone delle tre proposte dal singolo, che avrà più voti, sarà quella che andremo a studiare ed eseguire. Successivamente il mio lavoro è quello di arrangiare il brano, in modo da poter affidare ad ognuno dei partecipanti, una parte musicale, adatta allo strumento scelto e alle loro competenze personali.

Solitamente lo studio di un brano occupa un tempo di 3 – 4 incontri, in base alla sua difficoltà o alle eventuali modifiche da dover apportare.

Ogni primo incontro di studio del nuovo brano, inizia con l'ascolto del brano stesso, cercando di fare un'analisi musicale, per porre l'attenzione verso il suo ritmo, gli strumenti utilizzati, l'andamento, le dinamiche e gli eventuali ricordi o emozioni che può suscitare.

Tendenzialmente si inizia dallo studio dell'introduzione (se presente) o dalla prima strofa, anche nell'eventualità che il ritornello sia la parte più conosciuta. Si parte quindi, dalla base, dall'accompagnamento degli accordi, quasi sempre eseguiti al pianoforte da Massimo, e dalla base ritmica sostenuta dalle due batterie, Alberto S. e G; successivamente si passa allo studio delle parti solistiche, eseguite alla tastiera da Bruno e allo xilofono da Maria (ruoli interscambiabili); si aggiungeranno poi le piccole percussioni (tamburi, triangolo, legnetti, maracas, mezzaluna...) e/o le eventuali parti di sostegno all'accompagnamento da parte delle piastre sonore e/o delle campane intonate, da Dario, Annalisa, Sara e Sergio; in conclusione Davide per la parte cantata.

La parti melodiche solistiche vengo scritte utilizzando i numeri, in successione crescente, e ponendo i numeri corrispondenti sui tasti della tastiera e dello xilofono; l'accompagnamento del pianoforte viene scritto semplicemente



indicando sul foglio gli accordi da suonare, mentre le parti ritmiche, vengono memorizzate dagli utenti, senza la necessità di doverle scrivere, e facendo affidamento alle mie indicazioni da *"direttore di orchestra"*.

Questo “metodo” di insegnamento, si è definito con il passare del tempo, trovando insieme a loro, la modalità più semplice ed immediata di approccio.

3.6. La realizzazione del video - testimonianza, la sua condivisione e il tema della performance dal vivo.

Il video – testimonianza...perché?

L’idea di realizzare un video per ogni canzone, nasce inizialmente come risorsa per la musicoterapeuta per “tenere traccia” dei vari passaggi, per avere una memoria visiva e uditiva del lavoro svolto l’incontro precedente e come punto di partenza per il nuovo incontro. In poco tempo diventa però risorsa condivisa: il potersi ascoltare e guardare dal punto di vista di un “pubblico”, diventa stimolo per ogni partecipante, per poter migliorare, per notare gli errori e i progressi nel tempo, per aumentare la propria autostima e rafforzare l’obiettivo comune come gruppo, di suonare al meglio delle proprie capacità. Il video come mezzo tecnologico, ci dà la possibilità di cancellare, ripetere, modificare, fino ad ottenere la performance che meglio soddisfa il nostro gusto personale come gruppo. Come un album di fotografie, ci permette di tenere traccia di un momento passato, da poter mettere a confronto con il presente, e manterne un ricordo.

La realizzazione del primo video – testimonianza da “condividere a distanza” tramite dvd con le famiglie e gli amici, nasce anche perché risultava l’unico mezzo per poter “mostrare” il lavoro svolto, in un periodo ancora post Covid, in cui la tecnologia e la condivisione di file video e audio sono state le uniche risorse possibili.

L’anno seguente, il momento di restituzione in presenza ha acquisito grande importanza, sia come momento di “ritorno alla normalità” dopo anni di distanziamento sociale, sia come momento di grande emozione e di soddisfazione vissuta dall’intero gruppo ad avere un vero pubblico che assisteva, applaudiva e si commuoveva alla visione della loro video – performance.

Da quel momento in poi la registrazione è diventata ufficialmente parte integrante del lavoro, obiettivo conclusivo comune a cui ogni utente dà molta importanza, e l'incontro di restituzione, un momento di festa e grande soddisfazione.

E perché non pensare a una performance dal vivo?

Ansedll sottolinea come l'incorporazione della performance all'interno della pratica musicoterapica, in realtà non sia stata seguita e supportata da una vera teorizzazione. Anche nella pratica di Priestley e Nordoff – Robbins esisteva un lavoro orientato verso la performance, anche se nei loro testi scritti è il lavoro sul singolo e sul gruppo che viene teorizzato come "musicoterapia", come se gli aspetti delle performance pubbliche fossero piuttosto difficili da integrare nello sviluppo della teoria.

Secondo Ansdell la posizione del "modello convenzionale" di musicoterapia nei confronti della performance potrebbe essere riassunta in questo modo:

- esso considera la terapia e la performance come antitetici;
- "mettere su uno spettacolo" è ciò che la terapia cerca di trattare non incoraggiare;
- la performance per i malati, le persone in difficoltà e quelle vulnerabili è controproducente, coercitiva, eticamente discutibile, professionalmente confusa e potenzialmente pericolosa;
- la terapia riguarda un processo, non un prodotto;
- la terapia necessita di: privacy, riservatezza, concentrazione sull'autenticità individuale e la cura con i confini, teoricamente concepiti, di tempo, spazio e persona.¹³

Secondo Aldrige il lavoro del musicoterapeuta è quello di fornire dei "luoghi per la performance" in modo tale che la "performance del sé" possa continuare ad essere coltivata:

"Quello che vediamo nel processo di neuro – riabilitazione è una limitazione nella performance di movimento, di comunicazione, della capacità di pensiero, e per alcuni,

¹³ Caneva P.A., Mattiello Stefania, *Community Music Therapy, itinerari, principi e pratiche per un'altra musicoterapia*, Franco Angeli, PES, Milano, 2018

di essere una persona intera. La mia tesi è che la musicoterapia promuove la performance e mantiene l'efficienza residua più a lungo possibile" ¹⁴.

La performance dal vivo, nello specifico di questo progetto, potrebbe essere l'obiettivo futuro, se vissuto come un'esigenza e uno stimolo che nasce dal gruppo; il lavoro improntato sulla performance in musicoterapia può portare a una maggiore attenzione e concentrazione al risultato che si vuole ottenere, creando relazioni tra chi esegue la musica, chi li sostiene e supporta e chi li ascolta.

Aldrige nel 1999 propone il suo "argo ergo sum", mi esibisco dunque sono": "sia la nostra identità che la salute sono esse stesse una performance, e quando i pazienti suonano nelle sessioni di musicoterapia essi svolgono la loro vita davanti a noi, la loro salute e la malattia, chi sono e chi possono essere"¹⁵.

¹⁴ Aldrige, David (2001). Music Therapy and Neurological Rehabilitation: Recognition and Performed Body in an Ecological Niche. Music Therapy World. Retrieved October 30, 2005 from <http://www.musictherapyworld.de>

¹⁵ Caneva P.A., Mattiello Stefania, *Community Music Therapy, itinerari, principi e pratiche per un'altra musicoterapia*, Franco Angeli, PES, Milano, 2018

CAPITOLO 4. I risultati raggiunti e le prospettive future

4.1. Obiettivi raggiunti: intervista agli utenti e agli operatori

Per parlare degli obiettivi raggiunti ho deciso di partire dal punto di vista dei protagonisti del progetto, prendendoci un momento di confronto, in cui potersi esprimere liberamente.

♪ “Che cos’è per te la musica?”

♪ “Considerazioni e sensazioni personali riguardanti il progetto di musicoterapia”

Le risposte a questi due quesiti possono riassumere il loro punto di partenza e il loro punto di vista attuale sul lavoro svolto insieme.

♪ *“Che cos’è per te la musica?”*

Maria M.: *“E’ vita”*

Sara G.: *“E’ energia”*

Davide I.: *“E’ colore”*

Bruno A.: *“Un cullarsi, un rilassarsi. Quando guidavo, prima dell’incidente, avevo sempre la radio accesa a tutto volume, per coprire i rumori che arrivavano dall’esterno”*

Sergio P.: *“E’ un momento personale di relax”*

Dario R.: *“Fin da piccolo la musica è stata importante per me...mi fa stare bene...è ricchezza. Da ragazzo studiavo il sax da autodidatta; ora non riuscirei più, sia perché bisogna soffiare e saper dosare l’aria, sia per le mie difficoltà a livello manuale”*

Annalisa L.: *“E’ rilassamento”*

Massimo A.: *“La musica è una casa di sensazioni molto gentili e significative”*

Alberto S.: *“La musica è una catena di note”*

Alberto G.: *“La musica è sfogo ed energia!”*

♪ *“Considerazioni e sensazioni personali riguardanti
il progetto di musicoterapia”*

Massimo A.: *“Incontrarci per suonare una volta a settimana è troppo poco! Per fortuna ho una tastiera nella mia stanza nella RSA dove vivo e posso suonare tutti i giorni, anche musica più complessa ed impegnativa.”*

Maria M.: *“Beato te! Nel corso dei vari progetti musicali che si sono alternati qui a In Itinere sono sempre stata un jolly...ho suonato di tutto! Ed è stato bello scoprire di saper fare queste cose! Lo raccontavo anche alle mie coinquiline, nella casa - appartamento dove vivo...vorrei avere uno xilofono e una tastiera a casa per poter ripassare le parti ed esercitarmi tutti i giorni!”*

Bruno A.: *“Ho iniziato a frequentare l'attività musicale di In Itinere nel 2013, col terrore che il suono della batteria mi provocasse delle crisi epilettiche...ho cominciato male! Ma col tempo, vedendo che non mi succedeva niente, ho iniziato a viverla diversamente. Dapprima mi sono appassionato al*

tamburo e poi alla tastiera, che è diventato il mio strumento preferito, tanto da aver chiesto ad Alberto, il musicoterapista che gestiva il progetto in quegli anni, di accompagnarmi a comprarne una per potermi esercitare a casa. Col tempo mi sono appassionato sempre di più alla musica...mi porta benessere: riuscire a suonare la melodia mi dà sempre grande soddisfazione!”

Dario R.: “Suonare mi fa stare bene. Poter provare e cimentarmi in vari strumenti mi piace, anche se lo xilofono o le piastre sonore, sono diventate lo strumento che prediligo e in cui vorrei specializzarmi, per migliorare sempre di più.”

Davide I.: “Ho iniziato a frequentare l'attività musicale di *In itinere* nel 2015 e da sempre mi diverte esplorare e sperimentare strumenti musicali convenzionali e non: in passato ho dovuto suonare anche un martello!!

La musica per me è una gioia! Prima dell'ictus cantavo in un coro...ho sempre cantato! E sono contento adesso di poter cantare anche con voi!”

Alberto S.: “Provo molta rabbia a suonare, perché mi rendo conto di non riuscire a farlo più come prima! Ma questo comunque non mi ferma: partecipo all'attività dal 2019 perché voglio comunque provarci ancora! In questo contesto va bene...mi sento

a mio agio. Il fatto che anche Alberto suoni la batteria mi stimola e mi dà sostegno.”

Sara G.: “Negli anni ho suonato il triangolo, le campane tubolari, il tamburo...ma il mio preferito resta il timpano della batteria e vorrei poterlo suonare sempre, senza doverlo condividere con gli altri!”

Sergio P.: “Partecipare all'attività di musicoterapia mi piace, mi fa star bene, anche perché è un modo per stare in compagnia. La mezzaluna è la mia preferita perché riesco a suonarla con facilità, esprimendo anche il mio modo di “sentire” il ritmo. È bello anche poter assistere allo studio delle parti dei miei compagni, attendendo il mio turno.”

Annalisa L.: “Sono una persona che si adatta tranquillamente alle situazioni, e mi piace poter cambiare e suonare diversi strumenti. Mi piacciono, però, molto le campanelle, il loro suono delicato, anche se ci vuole attenzione e concentrazione per suonarle nel modo corretto e al momento giusto. Sono felice di partecipare all'attività perché così almeno faccio musica!”

Alberto G.: “Io sono l'ultimo arrivato e sicuramente gli strumenti a percussione sono quelli che preferisco. Da quando Alberto ha portato qui la sua batteria, dandomi la possibilità di suonare quella del centro, sono molto più stimolato, anche se i miei generi musicali preferiti sono il rock e il metal, che risultano

più difficili e complessi da eseguire, e quindi il più delle volte suoniamo canzoni che escono fuori dal mio gusto personale, partecipo comunque volentieri.”

Passiamo ora al punto di vista degli educatori, espresso da Emiliano, che è il referente e coordinatore del progetto *In Itinere*, a cui ho chiesto un rimando in relazione alla partecipazione generale del gruppo, avendo la possibilità anche di un confronto con il lavoro svolto dai consulenti precedenti ed eventuali consigli per il futuro.

EMILIANO: *“Il progetto è di vecchia data, nato dal 2007. I consulenti che si sono alternati sono stati 3, con 3 modi diversi di concepire la musica, anche se uno non esclude, ne limita l'altro, nella maniera più assoluta.*

Con Alberto B., era una costruzione di musica diversa, basata sulla esecuzione di colonne sonore di film famosi, riarrangiate dal musicoterapista e suonate dai ragazzi, che piaceva molto agli utenti.

Con Manuela A., lo stile era più simile al tuo, ma con la proposta di attività musicali sempre diverse nei vari incontri.

Il tuo modo di lavorare è caratterizzato dalla costruzione musicale di brani esistenti scelti da loro e quindi porta con sé una compartecipazione diversa, più totalizzante dei ragazzi, che a loro piace molto ed ha effetti assolutamente positivi. Nell'ultimo ciclo è stato introdotto anche il canto da parte di qualcuno e questo è stato uno nuovo stimolo molto apprezzato.

E' un modo sicuramente ludico di svolgere l'attività, ma allo stesso tempo anche abbastanza tecnico e pratico, perché comunque ognuno di loro deve imparare una parte, a volte anche complessa, come nel caso di Bruno, Maria, i due Alberto e Massimo e ogni parte all'interno del brano ha la sua importanza. Lo schema alla base dell'attività è simile agli altri consulenti, ma con risvolti più nuovi, rispetto ai precedenti.

Non ci sono problematiche e io non starei ad effettuare modifiche, perché è un progetto che funziona, che li fa star bene e li diverte e questa per me è la cosa principale, ed è la linea guida alla base del progetto; in più c'è la socializzazione, lo stare bene insieme ed il tornare "a casa" con un senso di benessere e divertimento, accrescendo le proprie capacità.

Ti suggerirei quindi di non modificare nulla al momento; come già successo l'evoluzione avverrà in modo spontaneo quando ce ne sarà bisogno e in base a quello che potrà accadere in futuro. Al momento io direi che il tutto sta funzionando molto bene!"

In relazione a quanto espresso dagli utenti e degli educatori, espongo ora la mia valutazione personale, partendo da quelle che mi ero prefissata come caratteristiche iniziali alla base del progetto proposto:

- Alla base del lavoro, la valorizzazione delle capacità presenti e la stimolazione dell'apprendimento di nuove abilità musicali, che possano essere per gli utenti una scoperta e di conseguenza un incoraggiamento;
- l'uso della musica *come terapia*: gli obiettivi clinici devono essere compresi negli obiettivi musicali;
- Il progetto si pone due finalità: quella riabilitativa e quella terapeutica;
- Al centro del lavoro, *l'esperienza della musica eseguita*.

Questi 4 punti di partenza che mi ero prefissata, erano per me di elevata importanza; nell'arco dei due anni il progetto, come visto, ha assunto caratteristiche differenti, evolvendo anche in relazione all'aggiunta di nuovi partecipanti, alla scoperta da parte degli utenti delle proprie risorse e accettazione dei propri limiti, esplorando modi differenti di lavorare, cercando insieme soluzioni e nuovi stimoli, ma posso ora affermare di essere riuscita a rispettare quelle che per me dovevano essere le caratteristiche essenziali e alla base del lavoro proposto.

Obiettivi raggiunti:

- valorizzazione delle competenze musicali esistenti
- stimolazione della memoria uditiva, visiva e tattile
- miglioramento della capacità di attenzione e concentrazione
- stimolazione della manualità fine
- stimolazione della musicalità
- stimolazione dell'espressione vocale
- acquisizione di nuove capacità musicali
- acquisizione di nuove risorse
- valorizzazione della propria identità sonora

- condivisione della propria identità sonora con il gruppo
- rispetto dell'identità sonora dell'Altro
- creazione di un'identità sonora di gruppo
- miglioramento personale nella socializzazione
- creazione di uno spazio di confronto e ascolto
- creazione di uno spazio di benessere
- scoperta di nuove canzoni o generi musicali
- arricchimento culturale personale
- aumento della propria autostima

Ognuno dei partecipanti ha potuto sviluppare nello specifico tutti o alcuni degli obiettivi elencati, ma anche in relazione a quelli che sono i loro feedback espressi, si può affermare che il progetto ha una sua valenza positiva generale, e che sicuramente nel suo proseguimento futuro potrà modificarsi e assumere nuove caratteristiche, nuovi obiettivi e nuovi stimoli, "sintonizzandosi" con quelli che saranno i bisogni del gruppo.

4.2. Nuove proposte: il *Songwriting*

Il progetto di musicoterapia con *In Itinere* continuerà sicuramente fino a maggio 2025 e come nuovo stimolo al gruppo, mi piacerebbe esporre l'idea di creare una nostra canzone, utilizzando la tecnica del *songwriting*.



Tendenzialmente nei testi delle canzoni, ognuno di noi ricerca un po' di sé stesso: una condivisione, un sostegno e un supporto dell'emozione che sta vivendo in un particolare periodo; un qualcuno che parli per lui, che si faccia portavoce di un malessere o di una gioia o che canti versi d'amore o di rabbia; un inno in cui identificarsi come membro di uno gruppo, le cui parole lo facciano sentire ascoltato e capito.

Riuscire a scrivere una propria canzone, invece, dà la possibilità di esprimere il proprio pensiero in libertà, così come lo si percepisce e come lo si riesce ad esporre, senza doversi "accontentare" del punto di vista espresso da qualcun altro.

La canzone racchiude e fonde in sé i vantaggi proposti da singole tecniche normalmente usate dalla musicoterapia, presenti e alla base anche del nostro progetto:

- l'ascolto;
- l'esecuzione;
- l'uso degli strumenti;
- la drammatizzazione del testo;
- l'uso del canto;

portando in automatico a un'evoluzione, attraverso:

- la creazione di un prodotto proprio del gruppo;
- la registrazione audio del brano;
- la creazione di un videoclip che possa rendere visibile e ancora più comprensibile, il concetto che si vuole esprimere;
- la sua condivisione all'esterno.

Il *songwriting* permette il coinvolgimento di tutti i partecipanti, a vari livelli, in quanto ognuno può:

- essere il soggetto della dedica;
- partecipare alla creazione del testo;

- partecipare alla scelta del genere musicale;
- proporre canzoni esistenti, come stimolo o esempio;
- trascrivere il testo;
- trascrivere la musica;
- suonare uno strumento;
- cantare come corista;
- cantare da solista;
- ideare o realizzare la scenografia, in caso di videoclip;
- cimentarsi nel fare le riprese, in caso di videoclip.

La canzone ha una sua forma, una struttura definita, caratterizzata dalle varie parti che la compongono, come l'INTRODUZIONE STRUMENTALE, la STROFA, il RITORNELLO, la CODA, che possono aiutare a delimitare un confine, creando uno spazio creativo ben identificato, dando a chi compone, un senso di sicurezza e organizzazione temporale.



Una canzone è concretezza, in quanto prodotto che si può ascoltare, vedere (nel caso di realizzazione video) e archiviare, in quanto si può conservare nel tempo, mantenendo vivi i ricordi, legati al momento della sua realizzazione.

Ovviamente la tecnica del *songwriting* non è semplice, in quanto scrivere un testo e comporre una musica sono entrambi competenze complesse; realizzare una canzone richiede tempo, voglia di mettersi in gioco, nel rispetto dell'Altro e pone tutti sullo stesso piano, nella condizione di essere disposti ad accogliere le proposte altrui, anche eventualmente a discapito delle nostre. A mio parere può essere un buon punto di partenza per dare al progetto e al gruppo un nuovo stimolo su cui lavorare.

4.3. Una conclusione che coincide con il ritrovarsi

Quest'ultimo capitolo della mia tesi, coincide con la ripartenza di un nuovo ciclo di incontri presso *In Itinere*, dopo lo stop estivo, avvenuta il primo ottobre 2024.

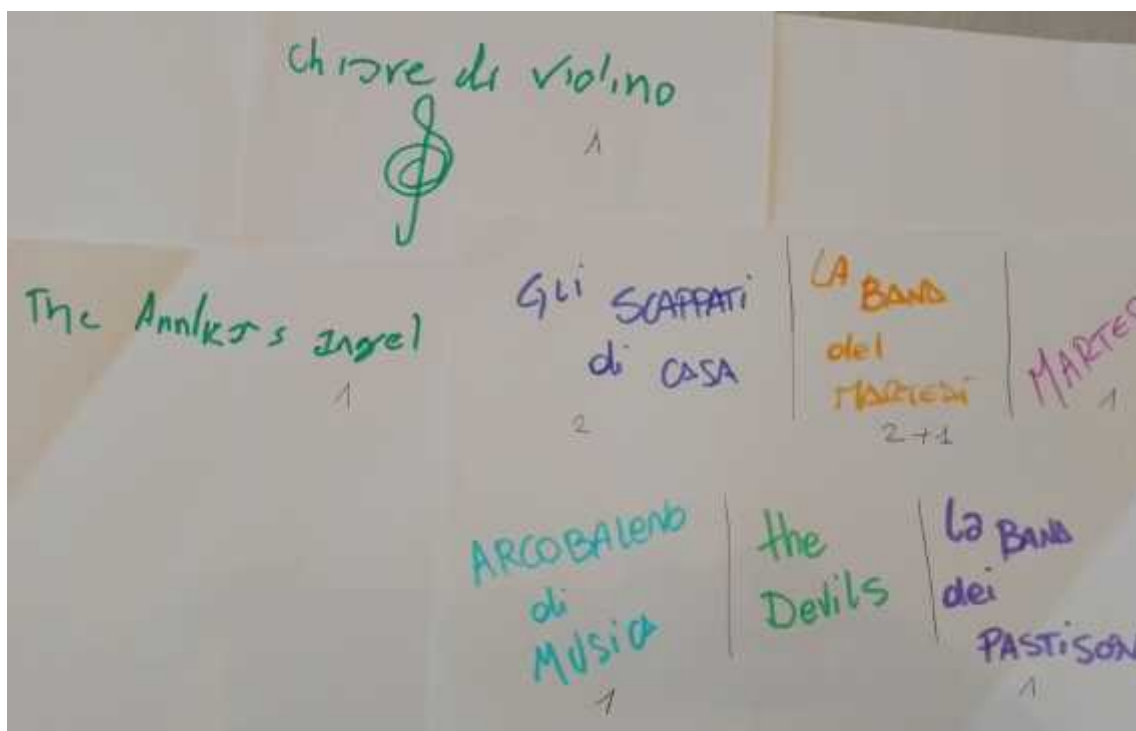
Puntuali alle ore 9,30 in questo primo martedì, ci siamo ritrovati, dopo tre mesi, nel nostro salotto, circondati di nuovo, dal nostro setting musicale.

Al mio arrivo vengo accolta con entusiasmo e gioia; in sottofondo, si sentono le note della canzone scelta da Maria per la scaletta del nuovo anno; Bruno dalla tasca tira fuori un foglietto con appuntati i titoli di tre brani musicali sentiti casualmente alla radio quest'estate, che gli hanno ricordato momenti passati, e che vuole condividere con noi: in particolare, ci



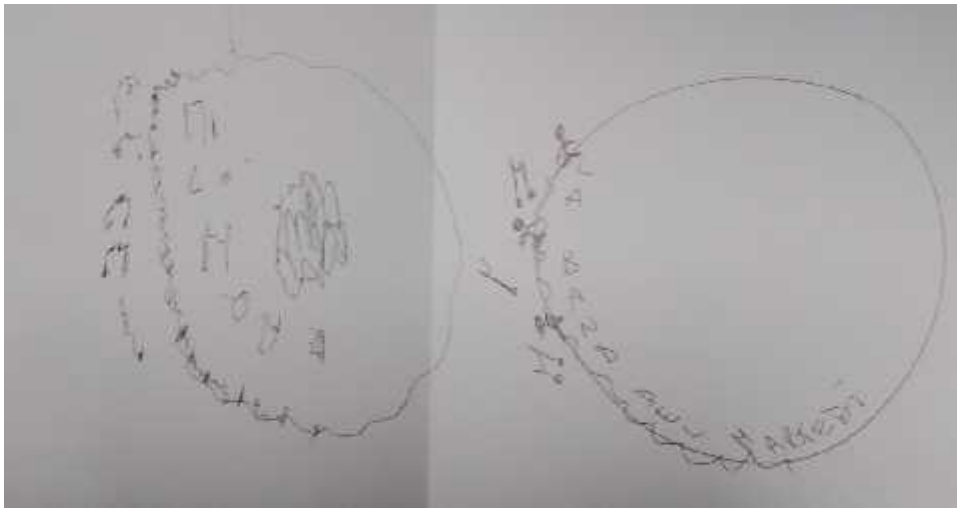
tiene a sottolineare, che ha scelto "Signor tenente" di Faletti, anche perché, a suo parere, sarebbe perfetta per il timbro di voce di Davide; Sergio ci racconta che casualmente un pomeriggio, cercando musica su *Youtube* si ritrova ad ascoltare il

brano "Zorba's dance", famoso Sirtaki greco, che in un attimo gli fa tornare in mente una sua vacanza vissuta da giovane e si commuove; Alberto G. dopo aver montato la batteria, ci chiede di ascoltare insieme la canzone "Come as you are" dei Nirvana, e suonandoci sopra, convince tutti a metterla nella nuova scaletta; Alberto S. per la prima volta, ci chiede di cercare un video del vecchio gruppo musicale di cui faceva parte, per farci sentire le musiche che scrivevano insieme; Dario, come sempre di buon umore, sceglie "Per colpa di chi" di Zucchero, e coinvolge tutti nel battere le mani. In questo clima propositivo, comunico la mia scelta di portare il nostro progetto come tesi finale da esporre alla laurea di musicoterapia presso la scuola *Artile* e condivido la mia necessità di dover dare un nome alla band: inizia così una vera e propria "gara" di proposta di nomi più disparati, con tanto di votazione per alzata di mano.



La maggioranza vota "La band del martedì", divenuto anche il titolo della mia tesi.

L'entusiasmo della scelta del nome, evolve nella proposta da parte di Dario, di realizzare un logo che possa identificarci, chiedendo aiuto alla consulente di arte con cui lavorano al giovedì: lui però ha già un'idea e, dopo aver chiesto un foglio e una penna, ne realizza subito una prima bozza:



“Un cerchio fatto di figure di persone stilizzate, che si tengono per mano, mentre suonano insieme.”.

Infine l'educatrice Cristina, dopo un confronto con Emiliano, lancia l'idea di creare una vera e propria divisa, su cui far stampare il logo, da indossare nei nostri futuri video.

La descrizione di questo nuovo primo incontro, ho ritenuto fosse la conclusione perfetta di un progetto che non è ancora giunto alla sua conclusione, anzi ha tutte le caratteristiche di un dolce ritrovarsi, di suoni dai timbri conosciuti e sconosciuti, di parole dette e altre ancora da dire, di gesti armonici e altri disarmonici e di idee pronte a prendere forma ed evolvere.

BIBLIOGRAFIA

- BENENZON, R.O., WAGNER G., DE GAINZA V.H., *La nuova musicoterapia*, Roma, Il Minotauro, 2006
- BENENZON, R., O., *Manuale di musicoterapia*, Roma, Borla, 1998
- BURKS J.S., JOHNSON K.P. *Multiple sclerosis: diagnosis, medical management, and rehabilitation*, Edizioni Demos, 2000
- CANAL N., GHEZZI A., ZAFFARON M. *Sclerosi multipla. Attualità e prospettive*, Elsevier, 2011
- CANEVA P.A., MATTIELLO S., *Community Music Therapy, itinerari, principi e pratiche per un'altra musicoterapia*, Franco Angeli, PES, Milano, 2018
- CATTICH N., *L'ascolto musicale come terapia. Manuale di musicoterapia recettiva analitica*, Edizioni Kiwi, 2023
- CATTICH N., SAGLIO G., *L'oltre e l'altro. Arte come terapia*, Edizioni Priuli & Verlucca, 2010
- Clinical Applications of Music Therapy in Developmental Disability Paediatrics and Neurology*, London, Jessica Kingsley Publishers, 1999
- MANAROLO G., *Manuale di musicoterapia. Teoria, metodi e strumenti per la formazione*, Edizioni Carocci, 2020
- ORFF G., *Musicoterapia – Orff, un'attiva stimolazione allo sviluppo del bambino*, Edizioni Cittadella, 2023
- WIGRAM T., *The Use of Creative Improvisation and Psychodynamic Insights in Music Therapy with an Abused Child*, J. De Backer (eds)

Altre fonti

- ALDRIGE D. (2001). *Music Therapy and Neurological Rehabilitation: Recognition and Performed Body in an Ecological Niche*. Music Therapy World. Retrieved October 30, 2005 from <http://www.musictherapyworld.de>
- <https://www.mircomarchetti.it/wp-content/uploads/2013/10/ModelloBenenzon.pdf>