



Università degli Studi di Genova
Genoa University



Scuola di
Scienze sociali
School of Social Sciences

DISFOR Dipartimento di Scienze della Formazione

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE A CICLO UNICO
IN SCIENZE DELLA FORMAZIONE PRIMARIA

Classe LM – 85 bis

Benefici della musicoterapia per bambini con Trisomia 21

Relatore: prof.ssa Maria Carmen Usai

Correlatore: prof. Andrea Traverso

Correlatore esterno: prof.ssa Paola Siragna

Candidata: Francesca Villa (4824909)

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

Alla maestra che spero di diventare

Indice

Introduzione	4
Capitolo 1: Il cervello tipico – anatomia e funzionamento	7
Capitolo 2: La Trisomia 21	11
2.1 Che cosa è la Trisomia 21	11
2.2 Cause, fattori di rischio e diagnosi	16
2.3 Compromissioni più frequenti	20
2.4 Possibilità di cura e interventi riabilitativi	28
2.5 Abilità su cui lavorare	32
Capitolo 3: Musica e cervello	35
3.1 Come influisce la musica a livello cerebrale	36
3.2 Benefici generali, strutturali e funzionali, della musica	40
3.3 Musica ed emozioni	42
3.4 Musica e linguaggio	45
3.5 Musica e movimento	49
3.6 Musica e socializzazione	53
Capitolo 4: La musicoterapia	58
4.1 Definizioni	59
4.2 Inquadramento storico	63
4.3 Le tecniche e i modelli teorici	65
4.4 Campi di applicazione	73
4.5 Benefici generali	77

4.6 La musicoterapia in Italia	83
Capitolo 5: Quando la musicoterapia incontra la Trisomia 21.....	87
5.1 Benefici specifici per la Trisomia 21	87
5.2 Testimonianze.....	91
5.2.1 L'Associazione Down Friuli-Venezia Giulia e il loro progetto di musicoterapia.....	91
5.2.2 Intervista alla Dottoressa Zanini e alle famiglie	94
Capitolo 6: Attività esempio	100
6.1 Socializzazione.....	101
6.2 Movimento	104
6.3 Linguaggio.....	107
6.4 Emozioni	109
6.5 La CAA come supporto comunicativo	111
Conclusioni	116
Bibliografia e Sitografia.....	119
Indice Figure	124
Ringraziamenti	125

Introduzione

Questo elaborato ha lo scopo di porre l'attenzione sui benefici che la musicoterapia può avere con bambini affetti da Trisomia 21, sia dal punto di vista motorio (motricità fine e grossolana, coordinazione dei movimenti), sia cognitivo (come, per esempio, per l'aspetto attentivo), che emotivo-relazionale, tutti aspetti che, causa patologia, possono essere deficitari.

Attraverso questo elaborato si cercherà, dunque, di evidenziare in che modo la musica, in particolar modo la musicoterapia, possa aiutare a migliorare la qualità di vita, sotto vari aspetti, dei soggetti con Trisomia 21.

Successivamente a un primo momento di documentazione, si è optato per un'applicazione per bambini con Trisomia 21, in quanto, cercando letteratura in campo di musicoterapia, è apparso quanto poco questa si soffermi su questa modalità per questo gruppo di soggetti. Leggendo articoli e cercando materiale per l'elaborato è stato constatato quanto, invece, si punti maggiormente ai benefici che la musicoterapia ha nel caso di soggetti con Disturbo dello Spettro Autistico.

È sembrato, dunque, interessante e significativo provare a trovare una modalità alternativa di impiego, al fine di valutare ed evidenziare i benefici che la tecnica può avere anche con un pubblico diverso.

La Tesi è strutturata in due parti: i primi quattro capitoli sono prettamente teorici, vengono, infatti, trattati i due argomenti principali, la Trisomia 21 come patologia e la musicoterapia; gli ultimi due capitoli, invece, hanno un carattere più pratico e applicativo, in quanto riportano, rispettivamente, delle testimonianze presso un'associazione del Friuli-Venezia Giulia e, infine, delle proposte di attività.

Nello specifico, il primo capitolo prevede una breve spiegazione sul funzionamento del cervello tipico: struttura e capacità principali. Questa prima parte è fondamentale poiché, essendo la Tesi focalizzata su un'applicazione rispetto una patologia che porta a delle alterazioni, risulta necessario fare una breve introduzione sulla situazione di tipicità.

Successivamente si passa alla trattazione scientifica della Trisomia 21: le varie forme di trisomia, come essa è stata scoperta e quali siano le cause e i fattori di rischio. Sono evidenziate, inoltre, le compromissioni più frequenti, sia dal punto di vista fisico, che dal punto di vista medico e dal punto di vista cognitivo, motorio, emotivo e relazionale. Infine, vengono specificate le possibilità di cure, sia terapeutiche che riabilitative, nonché le abilità su cui lavorare, i punti di forza, dunque, delle persone con Trisomia 21.

Essendo la Tesi incentrata sui benefici della musicoterapia, un capitolo è dedicato alla relazione che esiste tra musica e cervello, non solo dal punto di vista intellettuale e cerebrale, ma, soprattutto, per quanto riguarda il provare emozioni e sensazioni successivamente e contemporaneamente all'ascolto di musica, la relazione della stessa con lo sviluppo del linguaggio, delle capacità motorie e, non meno importanti, delle capacità di socializzazione.

Questa parte risulta centrale nello sviluppo e nella lettura dell'elaborato, in quanto permette di avere una visione completa dell'argomento preso in considerazione, permettendo, inoltre, al lettore di giungere a delle riflessioni meno usuali e comuni.

Il quarto capitolo, poi, consiste in un'ampia illustrazione della musicoterapia, una tecnica di cui spesso si sente parlare, ma che, probabilmente, ancora è poco conosciuta e riconosciuta. Nel trovare il materiale necessario per la ricerca sono emersi gli immensi

benefici che questa può portare, non solo in un contesto patologico, ma anche in un contesto di tipicità, sia per i bambini che per gli adulti. È stato molto interessante scoprire i vari modelli e le varie tecniche con cui essa può essere sfruttata e proposta; per di più, sono emersi risvolti positivi su cui spesso non ci si sofferma.

Passando alla seconda parte dell'elaborato, si giunge agli ultimi due capitoli, dedicati, appunto, a un'applicazione più pratica della musicoterapia in presenza di Trisomia 21.

Il quinto è specifico circa gli effetti che la musicoterapia può avere con soggetti con Trisomia 21, con l'aggiunta di testimonianze dirette di applicazione. L'ultimo capitolo, infine, è focalizzato su una serie di attività pratiche che, dopo uno studio attento della sindrome e della musicoterapia, potrebbero essere funzionali e producenti.

Lo scopo di questa Tesi è, dunque, esporre e identificare i benefici che una pratica come la musicoterapia può avere su dei soggetti affetti da Trisomia 21, portando in evidenza gli ampi campi di applicazione, non solo a livello "didattico" (cognitivo, linguistico e motorio), ma anche a livello sociale, sotto punti di vista emotivi e relazionali. Troppo spesso, infatti, i soggetti con questa patologia sono isolati, con poche relazioni interpersonali. La musica, con il suo carattere interattivo, può, e dovrebbe, essere sfruttata come mezzo per permettere a queste persone di stabilire legami affettivi, sia in contesti personali che in contesti scolastici e, successivamente, lavorativi.

Capitolo 1: Il cervello tipico – anatomia e funzionamento

Il cervello umano è uno degli organi più complessi dell'organismo, il suo interno è costituito da numerose strutture e miliardi di nervi che comunicano tra loro tramite connessioni che permettono il passaggio degli impulsi nervosi a cui si è costantemente esposti.

Le sue funzioni sono innumerevoli e variano da attività involontarie a volontarie, per passare poi alla generazione di pensieri ed emozioni. Dal punto di vista anatomico il cervello è diviso in due emisferi, destro e sinistro, collegati tra loro dal corpo calloso, il quale comunica, attraverso il tronco encefalico, con il midollo spinale.

Lo strato esterno è costituito dalla corteccia cerebrale, caratterizzata da solchi e fessure che determinano la formazione dei quattro lobi in cui ciascun emisfero è diviso, ognuno dei quali ha funzioni specifiche nella risposta agli stimoli ricevuti: frontale, parietale, occipitale e temporale. Lo strato interno, invece, è formato da gangli basilari e cervelletto.

Una differenza importante tra le aree del cervello riguarda le funzioni sensoriali e motorie: le prime elaborano le informazioni sensoriali provenienti dal sistema nervoso periferico, mentre le seconde hanno il compito inverso di elaborare le risposte da inviare verso la periferia.

Il cervello fa parte del sistema nervoso centrale assieme al cervelletto, principalmente specializzato nell'equilibrio, nel movimento volontario, nella postura e nel linguaggio, collegati costantemente con il sistema nervoso periferico, in diretto contatto con l'ambiente esterno. Esso analizza le informazioni che arrivano tramite i recettori periferici, dalle quali poi il cervello impartisce gli ordini necessari per movimenti dei muscoli e capacità di

apprendimento e di azione. Infatti, le zone sensoriali (visiva, uditiva, tattile, olfattiva e gustativa) del cervello ricevono gli stimoli da assimilare da questi recettori attraverso le vie di trasmissione sinaptica, elaborando direttamente l'informazione sensoriale. Successivamente la risposta è, attraverso le aree secondarie e terziarie, connessa con l'area associativa che lega sensazione e azione, stabilendo collegamenti con le zone motorie. Per ultimo, queste proiettano il comando alla corteccia motrice che ha il controllo sui neuroni spinali adibiti al movimento.

L'intero funzionamento del sistema nervoso è permesso dalla presenza dei neuroni, cellule specializzate che hanno il compito di scambiarsi le informazioni, e dalle fibre che li connettono, assoni e dendridi.

I neuroni tra cui sono passati i dati possono essere attivati (eccitazione) o meno (inibizione), determinando l'interruzione o la prosecuzione del viaggio dell'impulso, tramite una sorta di reazione a catena tra le varie cellule.

Infine, assieme ai neuroni, ruolo basilare per il funzionamento del nostro sistema nervoso lo hanno le cellule della glia, con funzioni di supporto e nutrimento e di produzione della mielina, incaricata di avvolgere i prolungamenti delle cellule.

Le funzioni del cervello sono numerose: recependo gli stimoli esterni tramite i cinque sensi riesce a comprendere il mondo esterno, controlla il pensiero e la memoria, il linguaggio, il movimento e il funzionamento di ciascun organo interno. Infine, regola respiro e battito cardiaco determinando le reazioni a eventi a cui si è quotidianamente soggetti.

La prima differenza funzionale nel cervello è determinata dalla suddivisione di esso in emisfero sinistro e destro, ciascuno dei quali ha caratteristiche ben precise.

L'emisfero di sinistra è specializzato nelle funzioni del linguaggio (conoscenza delle regole fonologiche, semantico-lessicali e sintattiche), nel controllo della mano destra dominante e nell'organizzazione del movimento volontario ed è caratterizzato da uno stile cognitivo analitico, verbale e locale. L'emisfero di destra, invece, ha specificità nella cognizione spaziale e nella regolazione dell'emotività, inoltre controlla le competenze pragmatiche (regole che governano l'uso della lingua nel contesto in cui la comunicazione ha luogo, turni in una conversazione e intonazione). Al contrario di quello sinistro, il destro è contraddistinto da uno stile sintetico, spaziale e globale.

Un'altra distinzione importante interessa i ruoli che hanno i quattro lobi in cui ogni emisfero è suddiviso.

- Frontale, il più grande, a cui sono legate le capacità di prestare attenzione durante un compito e di filtrare le informazioni, inibendo quelle meno rilevanti. Dirige la programmazione di azioni future, la capacità di prendere iniziativa, di apprendere e di memorizzare, nonché il pensiero e alcuni aspetti della personalità. Inoltre, esso contiene i centri di comando dei movimenti volontari e dell'elaborazione del linguaggio in uscita (area di Broca) e svolge un ruolo fondamentale nel controllo delle emozioni e della motivazione.
- Temporale, ha funzioni sia sensoriali che intellettive. Per quanto riguarda le prime, principalmente olfattive e uditive, mentre per le seconde nei processi mnemonici e nella comprensione del linguaggio (area di Wernicke). Esso è deputato anche al controllo di alcuni processi emozionali e affettivi, tra cui i comportamenti istintivi e la vita di relazione.
- Parietale, in esso sono localizzate le aree di sensibilità somatica (tattile, termica, dolorifica e cinestesica) e le aree di controllo delle attività visuospatiali, tra cui la

localizzazione degli oggetti nello spazio, la ricostruzione di un'immagine visiva e la percezione della traiettoria di un corpo in movimento.

- Occipitale, contiene i centri dell'area visiva e dell'integrazione psichica e motoria della visione, permettendo il riconoscimento di un oggetto visualizzato. In esso sono anche elaborate le informazioni che influenzano la postura e l'equilibrio.

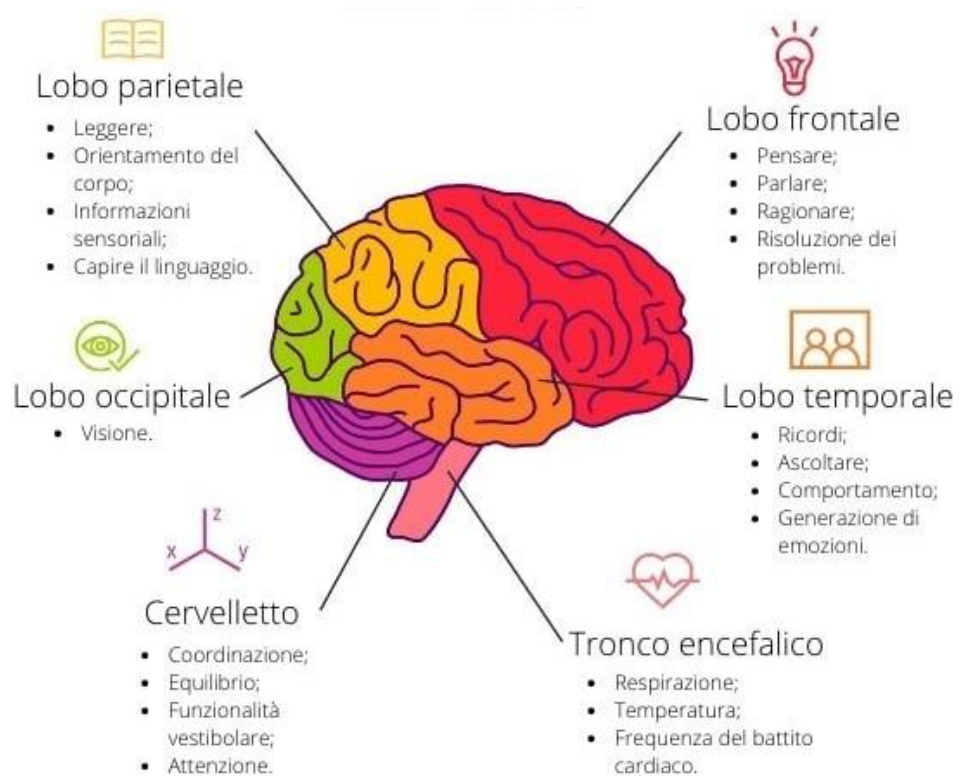


Figura 1_ Le aree funzionali del cervello ¹

¹ www.micuro.it

Capitolo 2: La Trisomia 21

«Ogni persona con sindrome di Down è unica, il suo futuro non è prevedibile e la sua crescita dipenderà da una serie di aspetti costituzionali e ambientali uniti insieme. Queste differenze dipendono soprattutto dalle capacità individuali delle persone con sindrome Down, dagli atteggiamenti educativi della loro famiglia e dalla disponibilità o meno di strutture sociosanitarie adeguate.»²

2.1 Che cosa è la Trisomia 21

La Trisomia 21 è una disabilità intellettiva e rientra nei Disturbi del Neurosviluppo.

Leggendo il DSM5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), la disabilità intellettiva (disturbo dello sviluppo intellettivo) è definita come «un disturbo con esordio nel periodo dello sviluppo che comprende deficit del funzionamento sia intellettivo che adattivo negli ambiti concettuali, sociali e pratici».³

Per la diagnosi di una disabilità intellettiva vi sono tre criteri necessari:

1. Presenza di deficit nelle funzioni intellettive, come ragionamento, problem solving, pianificazione e apprendimento scolastico, confermati attraverso una valutazione clinica e dei test di intelligenza individualizzati e standardizzati;

² Prof. Ivan Di Piero *“Pedagogia e didattica speciale della disabilità intellettiva e dei disturbi generalizzati dello sviluppo”*

³ www.anfas.net

2. Presenza di deficit nel funzionamento adattivo, che impedisce il raggiungimento dell'autonomia e della responsabilità sociale, limitando le abilità fondamentali come comunicazione, partecipazione e vita autonoma;
3. Insorgenza dei deficit intellettivi e adattivi durante il periodo dello sviluppo, con l'età e le caratteristiche dell'esordio dipendenti dalla causa e dalla gravità del deficit.

La scoperta e la comprensione della Trisomia 21, comunemente chiamata Sindrome di Down, risale al XIX secolo. Prende il nome dal medico britannico John Langdon Down, che nel 1866 descrisse per la prima volta questa condizione in un articolo scientifico intitolato "*Observations on an Ethnic Classification of Idiots*". Down notò che alcuni individui con disabilità intellettiva condividevano alcune caratteristiche fisiche simili e conìò il termine "mongoloid", ispirato dalle caratteristiche facciali che associava alle popolazioni asiatiche. Questo termine, considerato ora obsoleto e culturalmente offensivo, è stato usato per diversi decenni fino a quando non è stato sostituito con "sindrome di Down" in onore del medico che la scoprì. La causa genetica della sindrome è stata scoperta molto più tardi, nel 1959, da parte del genetista francese Jérôme Lejeune e del suo gruppo di lavoro. Lejeune, lavorando con pazienti affetti da questa sindrome, scoprì che avevano un cromosoma 21 in più. Questa scoperta gettò le basi per ulteriori ricerche sull'origine genetica di alcune malattie. Negli anni successivi, gli scienziati hanno approfondito la loro conoscenza circa la Trisomia 21, identificando le cause alla base del difetto cromosomico ed esplorando i meccanismi che portano alle caratteristiche fisiche e alle sfide di sviluppo associate alla sindrome.

Questo progresso scientifico ha anche portato a migliori diagnosi prenatali e a una

migliore comprensione delle esigenze mediche e dell'assistenza per le persone con Trisomia 21.

La Trisomia 21 è, quindi, una condizione in cui tutte o alcune cellule del corpo della persona presentano tre copie del cromosoma 21 anziché due, portando a un codice genetico con un totale di 47 cromosomi, invece dei tipici 46.

Nel 95% dei casi di Trisomia 21, il cromosoma numero 21 è presente in triplice copia anziché in doppia. Questa anomalia è causata dalla non disgiunzione dei due cromosomi 21 durante la meiosi che porta alla presenza di un cromosoma extra nella coppia numero 21 in tutte le cellule dell'individuo affetto. Questa forma è chiamata “trisomia libera” e nella maggior parte dei casi il cromosoma in più è di origine materna. Il 2-4% dei casi è caratterizzato da una “trisomia a mosaico”: in questo caso, alcune delle cellule contengono il normale numero di 46 cromosomi, mentre altre, a causa del cromosoma extra numero 21, ne hanno un totale di 47. Il restante 3% è affetto da una “trisomia da traslocazione”, causata da uno scambio di un frammento cromosomico tra i due cromosomi della coppia 21. Infine, esistono alcune forme rare di trisomia, circa l'1%, in cui si verifica la duplicazione, cioè un fenomeno per cui un cromosoma della coppia 21 è più lungo con materiale genetico ripetuto due volte.

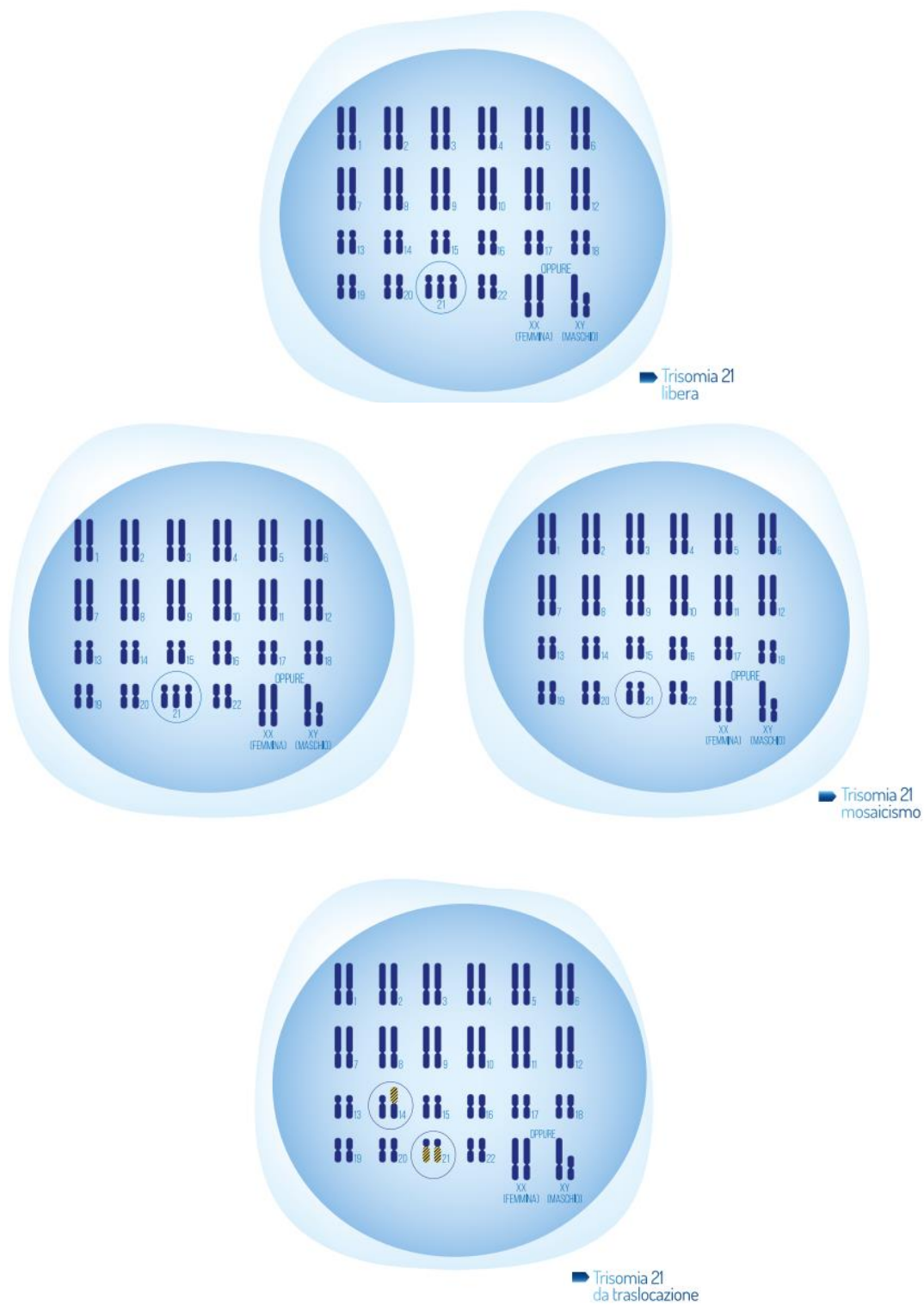


Figura 2_ Cariotipo delle tre forme di Trisomia 21 – Sindrome Down ⁴

⁴ Guida alla Sindrome di Down, Problemi di salute – Volume 1, a cura di Centro “Sindrome di Down”

Secondo le statistiche e i dati riportati dall'Associazione Italiana Persone Down (AIPD) la Trisomia 21 è presente in 1 bambino su 1200, in Italia sarebbero circa 38/40000, di cui il 61% ha più di 25 anni. Bisogna considerare, però, che i bambini concepiti sono molti di più di quelli nati, poiché circa il 78% di queste gravidanze si interrompe spontaneamente e, inoltre, vi sono molti casi di aborto volontario.

Negli ultimi anni, c'è stata un importante miglioramento circa la sopravvivenza delle persone con Trisomia 21. In Italia, l'aspettativa di vita media per queste persone è ora di circa 62 anni, rispetto al passato in cui era di soli 33 anni. Questo significativo passo avanti è stato reso possibile grazie ai progressi nella medicina e a un generale aumento della qualità della vita. In particolare, i progressi medici hanno giocato un ruolo fondamentale: il trattamento delle leucemie, delle patologie tiroidee e la correzione dei difetti cardiaci sono stati notevolmente migliorati e questi interventi hanno contribuito a ridurre significativamente il tasso di mortalità tra le persone con sindrome, essendo queste tra le patologie che maggiormente attaccano chi affetto dall'anomalia. Tuttavia, i difetti cardiaci rimangono ancora una delle principali cause di decesso per coloro che nascono con questa condizione.

La Trisomia 21 si caratterizza principalmente per ritardi nello sviluppo di alcune capacità cognitive e nella crescita fisica, oltre a presentare caratteristiche distintive nel viso e nel corpo.

Oggi, è una delle condizioni genetiche più studiate e comprese, e le persone affette sono sempre più integrate nella società grazie ai progressi nella medicina, nell'istruzione inclusiva e nella sensibilizzazione pubblica.

2.2 Cause, fattori di rischio e diagnosi

Non si conoscono, ancora, le cause che portano ad un'anomalia cromosomica, come quella della Trisomia 21.

Si può affermare, però, che le anomalie cromosomiche, soprattutto le trisomie, sono relativamente comuni e coinvolgono circa il 9% di tutti i concepimenti. Tuttavia, alla nascita, solo lo 0,6% dei neonati presenta effettivamente un'anomalia cromosomica, poiché la stragrande maggioranza degli embrioni con esse va incontro a un aborto spontaneo. Inoltre, è importante notare che l'incidenza delle anomalie cromosomiche, in generale, inclusa la Trisomia 21, rimane costante tra diverse popolazioni, nel corso del tempo e nello spazio.

Tutte le possibili ipotesi eziologiche, ancora, non sono state confermate da ricerche scientifiche.

In linea di massima, si considera che la comparsa di anomalie cromosomiche sia un evento “naturale”, strettamente legato alla fisiologia della riproduzione umana.

Possiamo sicuramente dire che la Trisomia 21 è un difetto genetico congenito, non ereditario: nella maggior parte dei casi, infatti, si verifica spontaneamente durante la formazione dei gameti o poco dopo il concepimento. Essa non è attribuibile a comportamenti “scorretti” materni avvenuti durante o prima la gravidanza, ma, certamente, l'età dei genitori è un fattore che influisce molto sulla possibilità di manifestare la sindrome. L'incidenza della sindrome aumenta con l'avanzare dell'età riproduttiva dei genitori, con un impatto più pronunciato dell'età materna rispetto a quella paterna.

Il cromosoma extra raramente deriva dal padre; dunque, il rischio di concepire un bambino con un cromosoma supplementare aumenta progressivamente con

l'avanzare dell'età materna. Tuttavia, poiché la maggior parte delle nascite avviene da madri più giovani, solo il 20% dei neonati con Trisomia 21 nasce da madri di età superiore ai 35 anni. Inoltre, le donne con Trisomia 21 hanno una probabilità di circa il 50% di avere un bambino con la stessa condizione. Gli uomini affetti dalla sindrome sono generalmente sterili, tranne nei casi di sindrome a mosaico, in cui una miscela di cellule con 46 e 47 cromosomi è presente.

Età	Rischio	Età	Rischio	Età	Rischio	Età	Rischio
18	1:1556	26	1:1286	34	1:474	42	1:65
19	1:1544	27	1:1208	35	1:384	43	1:49
20	1:1528	28	1:1119	36	1:307	44	1:37
21	1:1507	29	1:1018	37	1:242	45	1:28
22	1:1481	30	1:909	38	1:189	46	1:21
23	1:1447	31	1:796	39	1:146	47	1:15
24	1:1404	32	1:683	40	1:112	48	1:11
25	1:1351	33	1:547	41	1:85	49	1:8

*Tabella 1_ Incidenza dei bambini con Sindrome di Down concepiti per età della mamma*⁵

Altre cause della comparsa della sindrome possono essere alcuni fattori genetici. Certi individui hanno un rischio maggiore di avere un bambino con sindrome a causa di fattori genetici, come traslocazioni cromosomiche o sindromi genetiche ereditarie. Anche l'esposizione a sostanze specifiche può aumentare la probabilità dell'anomalia cromosomica. Alcune ricerche suggeriscono che il contatto con sostanze, come l'alcol, il fumo o certi farmaci durante la gravidanza, potrebbe innalzare il rischio di Trisomia 21, anche se il legame non è completamente chiaro.

È importante sottolineare che, mentre questi fattori possono influenzare il rischio di Trisomia 21, la maggior parte dei casi si verifica in famiglie senza una storia nota di questa condizione. La Trisomia 21 è quindi spesso considerata il risultato di un evento

⁵ Area specialistica DIMED, *Informativa per la diagnosi prenatale della sindrome di down ed altre aneuploidie mediante programmi di screening non invasivi.*

casuale durante la formazione delle cellule riproduttive o nelle prime fasi dello sviluppo embrionale.

Per quanto riguarda la diagnosi della sindrome, essa può avvenire in due momenti specifici: prima della nascita del bambino tramite la diagnosi prenatale e dopo la nascita tramite la diagnosi postnatale.

La diagnosi prenatale viene eseguita durante la gravidanza attraverso diversi metodi:

- Villocentesi: un esame effettuato durante i primi tre mesi di gravidanza, che coinvolge il prelievo e l'analisi di campioni di villi coriali, che sono cellule derivate dalla placenta;
- Amniocentesi: durante questo esame viene prelevato e analizzato un campione del liquido amniotico, che contiene cellule fetali che possono essere coltivate ed esaminate per individuare eventuali anomalie cromosomiche;
- Tri-test: un test eseguito nel secondo trimestre di gravidanza, che coinvolge la misurazione di tre ormoni nel sangue materno, variazioni significative in questi livelli possono indicare la presenza di Trisomia 21. Il test può individuare circa il 70% delle gravidanze con feti affetti da sindrome;
- Ecografia: tramite ultrasuoni, viene utilizzata per esaminare lo sviluppo fetale. Attraverso questa tecnica, è possibile individuare segni caratteristici della trisomia, come anomalie nella forma della testa. L'ecografia può raggiungere un'accuratezza dell'80% circa, specialmente se si osservano anche anomalie cardiache, comuni in soggetti con questa anomalia. Tuttavia, essa non può essere eseguita fino a quando il feto non ha raggiunto uno stadio di sviluppo sufficiente, di solito dopo circa 12-14 settimane di gravidanza.

La diagnosi postnatale prevede, invece, l'esame del cariotipo del bambino: consiste in un semplice prelievo del sangue, tramite il quale si analizza il tipo di anomalia, da "non disgiunzione" e dunque non ereditario, o da "traslocazione" e quindi con un elevato rischio di ripetizione in una futura gravidanza.

Dopo la nascita, oltre all'esame del cariotipo, è possibile effettuare diverse procedure diagnostiche:

- Screening neonatale: coinvolge una serie di esami eseguiti su tutti i neonati per individuare tempestivamente alcune malattie che richiedono un trattamento immediato;
- Controllo ematologico: attraverso l'analisi del sangue, si valutano il numero e le caratteristiche delle cellule. Questo è importante perché i neonati con Trisomia 21 possono presentare un'elevata conta dei globuli rossi, nota come poliglobulia;
- Visita pediatrica completa: lo specialista valuta globalmente lo stato di salute del neonato, inclusa la possibile presenza di problemi cardiaci. In caso di sospetta anomalia cardiaca, viene richiesta la consulenza di un cardiologo per esami aggiuntivi.

Nonostante per diagnosticare la sindrome possa essere sufficiente una visita clinica del medico, in molti casi è fondamentale una ricerca più approfondita tramite degli esami specifici per verificare la gravità dell'anomalia ed eventuali complicazioni che essa può portare con sé.

2.3 Compromissioni più frequenti

Dal punto di vista fisico, i bambini affetti da Trisomia 21 solitamente presentano le seguenti caratteristiche:

- Testa di dimensioni ridotte;
- Il cranio è di norma piccolo e potrebbe presentare un appiattimento a livello occipitale; le fontanelle, nei neonati, sono larghe e si chiudono in ritardo rispetto alla norma. La nuca è corta, ampia e piatta;
- Volto ampio con caratteristiche distintive come viso rotondeggiante e piatto;
- Occhi a mandorla, caratterizzati da rime palpebrali che seguono un andamento obliquo dall'alto in basso e dall'esterno all'interno;
- Presenza di una plica cutanea a livello dell'angolo interno dell'occhio, nota anche come epicanto;
- Radice del naso piatta;
- Padiglioni auricolari di dimensioni ridotte e rivolti verso il basso;
- Collo spesso e tozzo con una plica laterale (pterigio);
- Talvolta, una lingua di dimensioni maggiori, che contribuisce a tenere la bocca spesso aperta;
- Mani corte e larghe con un'unica piega palmare e dita corte;
- Il dito mignolo può essere flesso e avere solo due falangi invece di tre;
- Possibile ampio spazio tra l'alluce e il secondo dito del piede (chiamato segno del sandalo);
- Piedi piatti e ginocchia valghe;
- Bassa statura e rischio aumentato di obesità;
- Ipotonia muscolare e lassità articolare, presenti sin dalla nascita.

Alcuni neonati sembrano “normali” alla nascita, ma sviluppano nel corso dell'infanzia i tratti somatici caratteristici. I neonati con Trisomia 21 tendono ad essere calmi e passivi, piangendo meno del normale. Infine, molti bambini nascono con difetti cardiaci e gastrointestinali.



Figura 3_ Caratteristiche fisiche tipiche della Trisomia ⁶

Dal punto di vista medico, le persone con Trisomia 21 sono soggette a diverse patologie, molte delle quali possono essere trattate efficacemente. Tuttavia, se non diagnosticate tempestivamente, queste condizioni possono causare ulteriori problemi di salute. Le persone con sindrome, però, presentano una minore incidenza di tumori solidi rispetto alla popolazione generale.

⁶ *La Sindrome di Down*, Francesca Pulina, Università degli studi di Padova – DPSS

Tra le varie complicazioni, vanno evidenziate quelle legate alle articolazioni del collo, che possono essere instabili e aumentare il rischio di compressione del midollo spinale. Questo può provocare cambiamenti nell'andatura, nell'uso delle braccia e delle mani, e alterare la funzione intestinale e vescicale.

Le patologie più comuni includono:

- Cardiopatie congenite, che interessano dal 20% al 76% dei neonati. Le più comuni incidono sul canale atrio-ventricolare completo o parziale e i difetti interatriali e interventricolari;
- Patologie gastroenteriche, come anomalie strutturali gastrointestinali, reflusso gastroesofageo e stipsi;
- Sindrome delle apnee ostruttive;
- Anomalo sviluppo del sistema immunitario con maggior rischio di infezioni respiratorie;
- Problemi oculari, tra cui deficit visivi, astigmatismo e cheratocono;
- Malattie ematologiche come la malattia mieloproliferativa transitoria e le leucemie;
- Patologie endocrine come ipotiroidismo, ipertiroidismo, diabete mellito di tipo 1 e 2, e celiachia;
- Patologie neurologiche come epilessia, demenza precoce e ritardo mentale;
- Patologie psichiatriche, presenti nel 22% delle persone con sindrome, con disturbi dell'attenzione, iperattività, disturbo oppositivo provocatorio, depressione e comportamenti aggressivi.

L'evoluzione della sindrome può essere influenzata da un invecchiamento precoce e dalla comparsa della malattia di Alzheimer.

Per quanto riguarda le compromissioni causate dalla sindrome, sono da evidenziare le patologie dell'orecchio, come l'ipoacusia e le frequenti otiti medie, che possono influire negativamente sullo sviluppo del bambino.

L'ipoacusia trasmissiva è la causa più comune di riduzione dell'udito nelle persone con Trisomia 21. Solitamente, è causata da infezioni dell'orecchio medio, da accumuli eccessivi di catarro o di cerume. Nei casi più gravi, può essere necessario eseguire drenaggi di ventilazione tramite tubicini per prevenire nuovi accumuli di materiale in eccesso. Meno frequentemente, l'ipoacusia può essere causata da una malformazione degli ossicini (otodisplasia), che può essere trattata con l'applicazione di protesi acustiche a conduzione ossea.

Un'altra causa di deficit uditivi è l'ipoacusia neurosensoriale, meno comune ma che porta a una perdita permanente dell'udito. Questo tipo di ipoacusia si sviluppa a causa di anomalie funzionali o anatomiche all'interno dell'orecchio. Gli apparecchi acustici tradizionali possono essere utilizzati per compensare questa perdita uditiva.

Dal punto di vista cognitivo, le persone affette dalla sindrome presentano diversi livelli di funzionamento.

«Se prendiamo come punto di riferimento i 10-12 anni la grande maggioranza dei bambini con sindrome di Down si colloca fra 30 e 55 punti di QI, cioè nel ritardo moderato o grave. »⁷

⁷ Vianello, 2006

Generalmente, mostrano disabilità intellettiva di grado variabile, con un quoziente intellettivo che varia ampiamente, raramente risultando normale e generalmente situandosi tra 50 e 80.

Tra le varie componenti compromesse, la memoria a lungo termine mostra un'alterazione significativa nella sua componente esplicita, mentre le funzioni di memoria implicita sembrano essere meglio conservate. Si riscontrano difficoltà nei compiti di apprendimento che richiedono l'attivazione di processi di recupero attivo, come le strategie di memoria, mentre le carenze sono meno evidenti nei compiti che coinvolgono processi impliciti e automatici. Le funzioni della memoria di lavoro risultano essere carenti, soprattutto per quanto riguarda il ruolo dell'esecutivo centrale e del ciclo fonologico.

A causa della poca efficienza della memoria di lavoro, i bambini con questa sindrome manifestano ritardi nello sviluppo, soprattutto nel linguaggio e nelle abilità motorie.

Lo sviluppo del linguaggio risulta, dunque, notevolmente ritardato e limitato, principalmente a causa delle limitate capacità di elaborazione dell'informazione. Diversi studi sperimentali evidenziano deficit linguistici sia nella comprensione che nella produzione del linguaggio. Il linguaggio rappresenta la funzione più compromessa in relazione allo sviluppo cognitivo, con povertà di vocabolario e di grammatica.

L'apprendimento risulta, non a caso, rallentato a causa di deficit dell'attenzione. Inoltre, le capacità di apprendimento e memoria sono influenzate anche da eventuali deficit percettivo-sensoriali. Le difficoltà nelle funzioni esecutive causano un basso controllo attentivo e basse capacità di inibire stimoli distrattivi: in campo mnestico, quando i compiti necessitano un'elaborazione cognitiva, in quello comportamentale, con poco controllo emozionale e poca tolleranza delle frustrazioni.

Queste complicazioni si riflettono negativamente, dunque, sugli apprendimenti scolastici, anche nelle materie matematiche dove le difficoltà sono molto gravi e sono spesso legate alla scarsa capacità di ragionamento astratto.

In adolescenza, chi è affetto dalla sindrome, infatti, può presentare disturbo da deficit di attenzione e iperattività, con le conseguenze che ne derivano. Inoltre, si possono anche sviluppare comportamenti autistici, soprattutto in caso di grave deficit intellettivo.

Certamente, la sfida principale per le famiglie è rappresentata dal deficit intellettivo e dal precoce deterioramento cognitivo, costituendo anche un punto di interesse centrale per la ricerca scientifica. Tuttavia, rimane un ambito in cui mancano ancora soluzioni efficaci e definite per interventi mirati.

Nella Trisomia 21, non vi sono caratteristiche fenotipiche specifiche nel profilo neuro-psichiatrico, ma emergono alcune peculiarità psicologiche e comportamentali che suggeriscono un percorso di sviluppo atipico. Durante i primi sei mesi di vita, le dimensioni del cervello sono normali, ma successivamente si riducono, con variazioni nelle diverse regioni encefaliche. Queste modifiche sembrano costituire la base neuropatologica associata alle difficoltà cognitive e di apprendimento, particolarmente evidenti nei processi attentivi.

In conclusione, si nota un aumento del rischio di depressione sia nei bambini che negli adulti affetti dalla Trisomia 21. Tuttavia, un intervento tempestivo da parte dei sistemi educativi e di altre forme di assistenza può migliorare le capacità dei bambini piccoli con questa sindrome.

Dal punto di vista motorio, i bambini affetti da Trisomia 21 mostrano un ritardo nello sviluppo delle abilità motorie. Questo ritardo è principalmente attribuito, dal punto di vista neurologico, alla presenza di ipotonia significativa e a un ritardo nel controllo

posturale, il quale è legato a un deficit nei meccanismi dell'equilibrio. Questi fattori sono correlati alla presenza di ipoplasia cerebrale e del tronco dell'encefalo, nonché a una maggiore lassità legamentosa.

Abilità motorie	Normali Media	S. Di Down Media
Seduto con appoggio tiene la testa eretta	3 (mesi)	5 (mesi)
Rotola	5 (mesi)	8 (mesi)
Si muove a carponi	6 (mesi)	16 (mesi)
Sta seduto da solo, senza appoggio per breve tempo	7 (mesi)	9 (mesi)
Sta in piedi appoggiato ad un sostegno	8 (mesi)	15 (mesi)
Sta in piedi da solo senza appoggio	11 (mesi)	18 (mesi)
Cammina da solo senza aiuto	12 (mesi)	20 (mesi)
Sale le scale da solo	21 (mesi)	36 (mesi)
Scende le scale da solo	27 (mesi)	42 (mesi)

Tabella 2_ Lo sviluppo motorio a confronto bambino tipico e con Trisomia 21⁸

Per quanto riguarda lo sviluppo affettivo, esso sembra essere correlato più all'età mentale che a quella cronologica nei bambini con Trisomia 21, soprattutto durante i primi anni di vita, sebbene segua, in linea generale, le tappe fondamentali di sviluppo comuni a tutti i bambini. Le competenze sociali, infatti, sono globalmente normali ma tendono ad essere acquisite in un momento successivo rispetto ai loro coetanei tipici.

«Le difficoltà di diversi aspetti e passaggi nella competenza relazionale nei bambini con sindrome di Down sono legate al livello cognitivo del soggetto. Attenzione

⁸ *La Sindrome di Down*, Francesca Pulina, Università degli studi di Padova – DPSS

(sia focale che selettiva), comprensione, competenza comunicativa (sia nella produzione che nella ricezione), comportamento di imitazione e capacità cognitive sono direttamente coinvolti nella competenza relazionale. Una bassa discriminazione percettiva e una breve attenzione influenzano la comprensione di diversi aspetti che possono svolgere un ruolo nella dinamica del rapporto sociale. I bambini con sindrome di Down di solito hanno difficoltà a riconoscere e attribuire componenti emotive specifiche a diverse modalità comportamentali. Questo complesso quadro di deficit cognitivi causa che i bambini con Sindrome di Down abbiano difficoltà a svolgere adeguatamente per quanto riguarda il contesto relazionale in diverse situazioni.»⁹

I disturbi delle abilità intellettive che caratterizzano i bambini con Trisomia 21 influenzano la loro competenza relazionale, portando a modalità e strategie d'interazione spesso inadeguate al contesto sociale e ambientale.

Si osservano differenze rispetto alle modalità relazionali tipiche, soprattutto nell'approccio iniziale, nell'iniziativa e nella responsività. In fase di approccio e iniziativa, un bambino con sindrome tende ad attendere il primo passo dell'altro anziché farlo personalmente. Inoltre, in contesti con più persone, coetanee o meno, il bambino tende a cercare il contatto con gli adulti, poiché spesso è l'adulto a cercare di attirare la sua attenzione, senza che vi sia una reciproca iniziativa.

Tuttavia, in generale, i bambini con la trisomia mostrano un comportamento prosociale nelle interazioni sociali con adulti o coetanei, dimostrando una notevole propensione a comportamenti cooperativi e di aiuto. In particolare, durante attività quotidiane come riordinare i giocattoli o preparare la tavola, mostrano abilità particolarmente sviluppate. La loro marcata capacità di imitazione e la predisposizione a

⁹ *Competenza relazionale e sindrome di Down*, Dina Di Giacomo, Lucia Serenella De Federicis, Domenico Passafiume, da "Ciclo Evolutivo e Disabilità/Life Span and Disability", Vol.4, N.2, 2001, pp. 349-359

situazioni socialmente significative, come quelle scolastiche, possono rappresentare importanti opportunità per progressi significativi.

2.4 Possibilità di cura e interventi riabilitativi

«Il ruolo dell'ambiente, con particolare riferimento ai contesti educativi, è assolutamente rilevante per supportare la costruzione di un'esistenza piena e soddisfacente.»¹⁰

Dopo un lungo periodo in cui il bambino con Trisomia 21 è stato visto come ineducabile a causa degli stereotipi culturali dominanti, dagli anni '60-'70 sono emersi interventi orientati principalmente all'educazione.

Nonostante non esista una terapia specifica, è possibile migliorare significativamente la durata e la qualità della vita delle persone affette intervenendo in modo mirato sulle malformazioni e avviando precocemente terapie riabilitative fisiche e mentali adeguate. Maggiore è il supporto e gli stimoli forniti ai bambini con sindrome, maggiori saranno le possibilità di un inserimento soddisfacente nella vita sociale, scolastica e lavorativa.

Il fatto che la diagnosi sia praticamente istantanea dopo la nascita apre la strada alla possibilità di sviluppare interventi precoci, mirati a facilitare l'acquisizione delle tappe di sviluppo principali, sebbene ciò non avvenga sempre.

¹⁰ Prof. Ivan Di Pierro *“Pedagogia e didattica speciale della disabilità intellettiva e dei disturbi generalizzati dello sviluppo”*

L'intervento precoce, per essere efficace, non dovrebbe limitarsi ai trattamenti riabilitativi per affrontare specifiche difficoltà (psicomotricità, logopedia, ecc.), ma dovrebbe anche comprendere:

- Una continuità nel tempo;
- Un'attenzione e una guida per favorire il corretto sviluppo della dimensione educativa, sia nell'ambito domestico che in quello scolastico;
- Un sostegno alla famiglia, anche attraverso programmi di formazione per i genitori, per aiutarli nel percorso di recupero delle competenze parentali, spesso sopraffatte dalle preoccupazioni e dalle difficoltà della situazione;
- Opportunità sociali per sperimentare situazioni di vera inclusione.

Oltre agli interventi specifici di riabilitazione, il percorso scolastico riveste un'importanza fondamentale sia per l'accesso agli apprendimenti che per le opportunità affettive e relazionali. Nei primi sei anni di vita, gli obiettivi prioritari sono quelli comunicativi, sociali e legati all'educazione alle varie autonomie, obiettivo comune con gli interventi specifici (ad esempio, l'igiene personale, la collaborazione nell'abbigliamento, il mangiare in modo autonomo, ecc.). L'inserimento di un bambino con disabilità intellettiva in una classe richiede, sicuramente, un approccio didattico differenziato: l'ideale è che l'allievo con Trisomia 21 lavori nella stessa aula dei suoi compagni, anziché in un ambiente separato ed è cruciale coordinare le sue attività dell'allievo con quelle dei suoi compagni, non necessariamente svolgendo le stesse attività, ma garantendo che siano legate allo stesso argomento. Inoltre, dato il loro spiccato spirito collaborativo, i bambini con sindrome trovano particolarmente adatto il lavoro cooperativo in piccoli gruppi.

In sintesi, gli obiettivi principali dell'intervento scolastico comprendono l'apprendimento delle abilità di lettura e scrittura, accessibili ai bambini con sindrome, così come l'acquisizione delle basi culturali. È fondamentale anche favorire la comprensione e il rispetto delle regole sociali, garantendo un trattamento equo per tutti e promuovendo l'acquisizione di autonomia sociale e un'identità personale adeguata all'età.

Gli interventi riabilitativi precoci rivestono un ruolo cruciale nella crescita e nel miglioramento della qualità della vita presente e futura, attraverso programmi mirati di terapia, esercizi e attività volti a mitigare le sfide dello sviluppo che i bambini con Trisomia 21 possono incontrare.

I tipi più comuni sono:

- La neuro-psicomotricità;
- La logopedia;
- La terapia occupazionale.

La neuro-psicomotricità si focalizza sullo sviluppo motorio, offrendo benefici significativi ai bambini con sindrome, spesso caratterizzati da un tono muscolare ridotto. Questa disciplina costituisce la base per ogni progresso, consentendo loro di interagire con il mondo circostante, un obiettivo fondamentale che non potrebbe essere raggiunto senza la capacità di muoversi liberamente. Le attività fisiche e interattive che coinvolgono il movimento (l'esplorazione dell'ambiente, il raggiungere e afferrare oggetti, il seguire con lo sguardo gli oggetti in movimento, il rotolare e il gattonare) favoriscono la comprensione e il controllo dell'ambiente, stimolando parallelamente lo sviluppo cognitivo, linguistico e relazionale. Inoltre, gli interventi di neuro-psicomotricità contribuiscono a prevenire movimenti

compensatori errati che, se non corretti, potrebbero causare problemi ortopedici e funzionali.

La logopedia riveste un ruolo cruciale nell'intervento riabilitativo precoce. Sebbene i bambini possano tardare fino ai 2 o 3 anni nell'iniziare a pronunciare le prime parole, è essenziale che acquisiscano diverse competenze prelinguistiche prima di poter imparare a comunicare verbalmente. Queste competenze includono la capacità di imitare suoni, la sensibilità sensoriale (come guardare chi parla e gli oggetti, ascoltare musica o conversazioni per periodi prolungati, esplorare gli oggetti con le mani) e le abilità cognitive.

Infine, la terapia occupazionale è essenziale per aiutare i bambini con sindrome a sviluppare le competenze necessarie per raggiungere l'indipendenza. Questo include imparare a manipolare oggetti di varie dimensioni e forme, ad esempio aprendo e chiudendo scatole, giocattoli o pennarelli, oltre a imparare a raccogliere e riporre i giocattoli, impilare e costruire, e anche manipolare maniglie e pulsanti. I terapeuti incoraggiano, inoltre, l'autonomia nei compiti quotidiani come mangiare e vestirsi, nonché l'interazione sociale e il gioco con gli altri bambini.

Gli obiettivi dei programmi di intervento riabilitativo precoce sono, pertanto, mirati a migliorare e accelerare lo sviluppo del bambino, evidenziando e facendo leva sui suoi punti di forza e rafforzando le competenze più deboli in tutte le aree di sviluppo.

È importante sottolineare, infine, che un intervento riabilitativo precoce può anche contribuire a ridurre il rischio di arresto dello sviluppo del bambino con Trisomia 21.

2.5 Abilità su cui lavorare

Le persone con Trisomia 21 hanno un enorme potenziale di sviluppo e, proprio come tutti gli individui, traggono beneficio da un'educazione che tenga conto dei loro punti di forza e delle loro difficoltà. I bambini affetti da questa sindrome, infatti, come qualsiasi altro bambino, possono mostrare una vasta gamma di comportamenti che li rendono unici. È fondamentale incoraggiarli e favorire la crescita delle loro capacità e competenze.

Possono sviluppare talenti eccezionali, come nell'arte creativa, nella musica e nello sport, desiderano essere riconosciuti sia come parte di un gruppo che come individui unici. È compito dell'adulto aiutarli a scoprire il modo migliore per coltivare le loro abilità. Ad esempio, se mostrano interesse per la musica, potremmo sostenerli nell'isciversi a una scuola di musica che li aiuti a esprimere appieno le loro passioni, doni e talenti.

“Self talking”

È comune che i bambini con sindrome parlino con sé stessi. In molti casi, questo comportamento non dovrebbe preoccupare i genitori, anzi, spesso può essere persino vantaggioso. Ecco perché:

- Gioca un ruolo significativo nello sviluppo cognitivo, aiutando i bambini a coordinare azioni e pensieri;
- È utile per esprimere emozioni ad alta voce e per elaborare gli eventi della giornata;
- Offre intrattenimento: molti individui con sindrome trascorrono piacevolmente il tempo raccontandosi storie preferite o rievocando film durante momenti di relax.

Tuttavia, è importante spiegare ai bambini che questo tipo di conversazione dovrebbe avvenire in privato. Inoltre, è necessario prestare attenzione a eventuali

cambiamenti nella frequenza e nei temi del dialogo interiore. Se il *self talking* dovesse diventare prevalentemente focalizzato sull'auto-disprezzo o sull'auto-svalutazione, potrebbe essere necessario un intervento correttivo e giustificato.

Comunicazione

Le capacità di comunicazione sono cruciali per stabilire buoni rapporti con gli altri. Talvolta, il linguaggio delle persone con sindrome potrebbe risultare poco chiaro. In tali situazioni, è fondamentale ricorrere a diverse forme di comunicazione non verbale, come espressioni facciali, gesti e mimica. Inoltre, è consigliabile adottare strategie che facilitino la comunicazione, come porre una domanda diretta alla volta anziché chiedere diverse domande aperte contemporaneamente.

Quando si verificano significative difficoltà nel linguaggio, è possibile ricorrere a sistemi di Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) che si basano su immagini o simboli per agevolare la comunicazione.

Abilità visuo-spaziali

Le capacità visuo-spaziali sono spesso considerate un punto di forza di questi soggetti. Queste abilità consentono loro di percepire, agire e orientarsi nel mondo in base a riferimenti spaziali.

Ecco alcuni aspetti di queste abilità:

- Memoria visuo-spaziale: le persone con sindrome tendono ad avere una buona capacità di ricordare dove hanno lasciato le proprie cose, i luoghi visitati e le strade per tornare a casa. Spesso utilizzano questa memoria per organizzare i propri effetti personali;

- Memoria di procedure e memoria implicita: molte persone con trisomia imparano meglio attraverso l'azione piuttosto che tramite istruzioni verbali. Diventano più abili con la pratica e l'esperienza diretta;
- Orientamento spaziale: spesso, le persone con sindrome sono in grado di individuare e comprendere la posizione del proprio corpo rispetto agli oggetti nell'ambiente circostante e di orientarsi tra di essi.

Capitolo 3: Musica e cervello

La musica si sviluppa e si manifesta in una vasta gamma di forme e ha diverse funzioni in ogni contesto di vita e comunicazione umana. Riveste un ruolo cruciale nell'esistenza di ogni individuo e viene acquisita in modo simile al linguaggio, coinvolgendo varie aree e sistemi cerebrali.

La sua fruizione attiva parti del cervello associate al movimento, alla pianificazione, all'attenzione, all'apprendimento e alla memoria. Inoltre, la musica stimola il rilascio di dopamina nel cervello, una sostanza chimica che migliora l'umore, riduce l'ansia e trasmette sensazioni di piacere, gioia e motivazione. Infine, attraverso la musica si possono sperimentare emozioni positive, che a loro volta promuovono la secrezione di ormoni che rinforzano il sistema immunitario.

Attraverso l'interazione con la musica, il bambino può sviluppare le proprie capacità cognitive e relazionali: impara a percepire, ascoltare, cercare e distinguere i suoni all'interno di contesti di apprendimento significativi. Esplorando le possibilità sonoro-espressive e simbolico-rappresentative, il bambino aumenta la fiducia nelle proprie capacità. L'ascolto della musica lo avvicina al piacere di fare musica.

Tutte le attività legate alla musica favoriscono l'integrazione delle componenti percettivo-motorie, cognitive e affettivo-sociali della personalità, contribuendo al benessere psicofisico e alla prevenzione del disagio, rispondendo ai bisogni, ai desideri e alle domande. Attraverso la funzione cognitiva, gli studenti esercitano la capacità di rappresentare simbolicamente la realtà, sviluppando un pensiero flessibile, intuitivo e creativo. La dimensione linguistico-comunicativa li educa all'espressione e alla comunicazione utilizzando gli strumenti e le tecniche specifiche del linguaggio musicale. Attraverso la dimensione emotivo-affettiva, gli studenti riflettono sulla formalizzazione

simbolica delle emozioni. Infine, grazie alla dimensione relazionale, la musica favorisce la creazione di relazioni interpersonali e di gruppo basate sulla partecipazione e sull'ascolto reciproco.

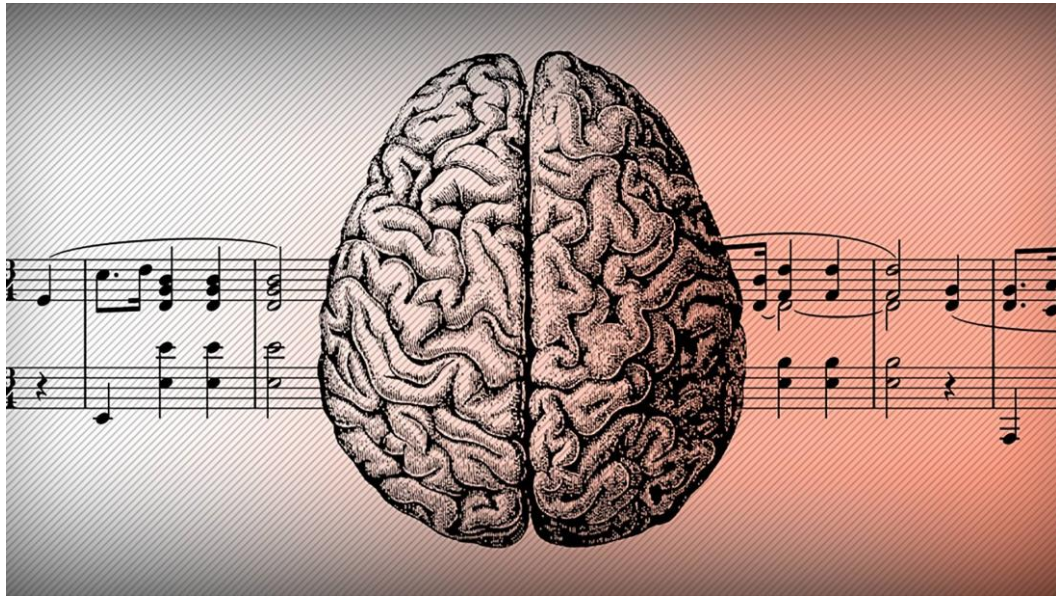


Figura 4_ Il cervello e la musica ¹¹

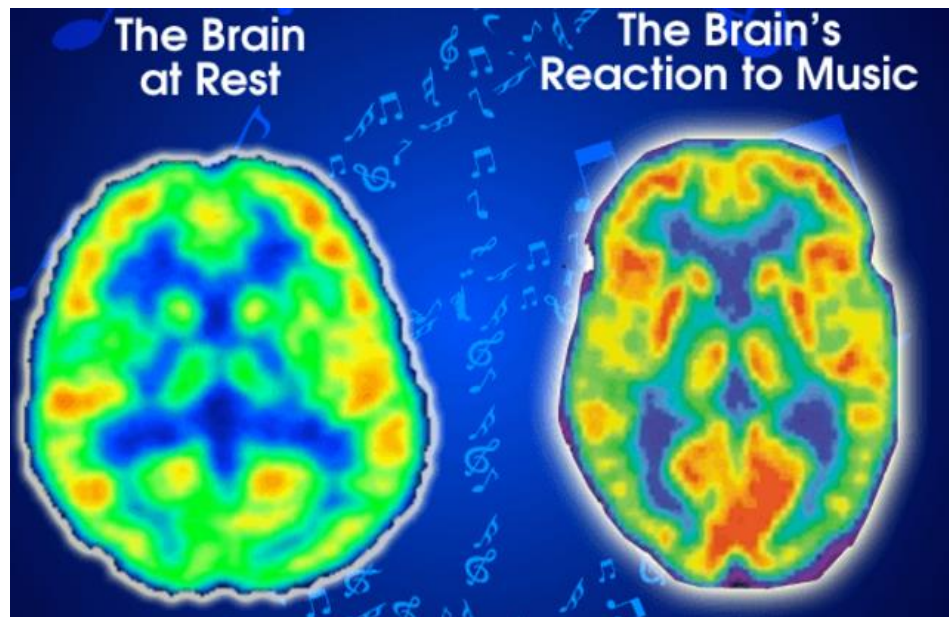
3.1 Come influisce la musica a livello cerebrale

Quando ascoltiamo musica, il nostro cervello si accende in un'ampia sinfonia di funzioni. La prima regione coinvolta è la corteccia uditiva, che ci consente di percepire lo stimolo e attribuirgli un significato. Questo impulso si propaga poi ad altre aree cerebrali: la corteccia motoria si attiva, consentendoci di sincronizzarci con il ritmo musicale e di rispondere con movimenti; le aree del linguaggio e quelle legate alle emozioni si accendono, permettendoci di interpretare e valutare l'intensità emotiva della musica; il sistema mesolimbico (gruppo di strutture encefaliche che ha un ruolo fondamentale nelle reazioni emotive, risposte comportamentali, nei processi di memoria e nell'olfatto) rilascia dopamina, contribuendo al piacere e alla motivazione legati all'ascolto musicale; infine, le aree della memoria si attivano, consentendoci di

¹¹ Centro Psicologia Lecco, *La musica e il cervello: un connubio intrigante*

riconoscere una melodia, associarla a un contesto e richiamare esperienze passate attraverso l'ippocampo.

Nel momento in cui percepiamo un suono o una musica, il nostro cervello si trasforma, quindi, in un concerto di attivazioni, coinvolgendo anche aree che di solito si attivano in contesti completamente diversi.



*Figura 5_ L'attivazione del cervello a riposo e con la musica*¹²

Oggi, la musica viene impiegata come modello per esaminare il cervello e può essere utilizzata per stimolare specifiche attività quando queste sono o compromesse o in circostanze particolari. Nel campo scientifico, la musica offre diverse applicazioni, dalla riabilitazione e stimolazione dei disturbi del linguaggio ai problemi legati al movimento, fino al miglioramento del benessere emotivo di un individuo. Dal punto di vista del linguaggio, la musica viene utilizzata come terapia dell'intonazione-melodica, che mira a comunicare alcune informazioni attraverso il canto piuttosto che con la parola. Per quanto riguarda gli aspetti motori, risultati sorprendenti sono stati osservati nei pazienti affetti da Parkinson che manifestano difficoltà nell'avviare la camminata o

¹² La Rivista di Scienze Psicologiche e Neurobiologia, Psicoadvisor, *Come reagisce il cervello quando ascoltiamo musica*

episodi di "freezing" (congelamento e blocco muscolare) durante il cammino. È stato dimostrato che l'ascolto di pulsazioni ritmiche regolari prima di iniziare a camminare li aiuta ad avviare una camminata più fluida e regolare.

Negli ultimi tempi c'è stato un notevole interesse nell'utilizzare la musica per affrontare i deficit di memoria, sia nell'invecchiamento normale che in quello patologico. Si è osservato, ad esempio, che nelle persone affette da demenza di Alzheimer, la musica può facilitare il recupero di informazioni e ricordi, soprattutto se la musica ha avuto un ruolo significativo nella loro vita.

La musica ha il potere di evocare emozioni potenti e ogni brano può risvegliarne di diverse, con sfumature che variano da persona a persona. Nel nostro cervello, l'amigdala svolge un ruolo chiave in questo processo. Situata nella parte inferiore del sistema limbico, questa struttura attribuisce un significato emotivo alle informazioni provenienti da stimoli esterni, pensieri o ricordi. Pazienti con lesioni all'amigdala, infatti, possono mostrare difficoltà nel riconoscere le emozioni legate alla musica, pur mantenendo intatta la loro percezione della stessa.

Inoltre, le emozioni legate alla musica sono influenzate dalla nostra comprensione di essa, che dipende a sua volta dalla nostra esposizione musicale. Quando ci troviamo ad ascoltare qualcosa che per noi "non ha senso", magari molto distante dalla nostra cultura musicale, è probabile che non riusciamo a cogliere appieno ciò che stiamo ascoltando e, di conseguenza, tendiamo a provare meno emozioni. Al contrario, quando la musica è familiare e rientra nella nostra esperienza abituale, abbiamo maggiori probabilità di vivere picchi emozionali più intensi.

I musicisti sono spesso considerati un modello di plasticità neurale, che è la capacità del cervello di modificarsi in risposta all'ambiente.

«Questo perché la pratica musicale coinvolge non solo le aree motorie, ma anche capacità cognitive di alto livello come la memoria di lavoro, la memoria procedurale e l'attenzione.»¹³

Diversi studi hanno dimostrato che la pratica musicale può modificare la struttura e la funzionalità del cervello, non solo nelle aree direttamente coinvolte nella pratica dello strumento, ma anche in altre regioni. Questi fenomeni di plasticità cerebrale hanno conseguenze sul comportamento: molte ricerche hanno evidenziato, infatti, che i musicisti, rispetto ai non musicisti, hanno prestazioni migliori in compiti non musicali, come compiti di memoria e linguistici. Inoltre, le ricerche in questo campo hanno indicato che la pratica musicale potrebbe agire come fattore neuroprotettivo durante il processo di invecchiamento patologico.

Sebbene in passato si pensasse che iniziare a suonare uno strumento da bambini, quando il cervello è più "plastico", portasse ai cambiamenti neurali più significativi, oggi sappiamo che anche iniziare lo studio di uno strumento in età adulta può produrre cambiamenti cerebrali visibili in pochi mesi di pratica, come dimostrato dalle tecniche di neuroimmagine.

Nonostante lo stretto legame tra cervello e musica, una minima parte di popolazione (circa 1,5%) non dimostra interesse per la musica, anzi, la considera un fastidio e un rumore. Questa incapacità di apprezzare il sonoro è definita *amusia*, considerata come un disturbo neurologico musicale¹⁴. Può essere congenita, dovuta quindi a un deficit nell'elaborazione musicale, oppure acquisita: nonostante l'assenza di difficoltà nella percezione uditiva, porta a complicazioni nella comprensione, nell'esecuzione e nell'apprezzamento della musica. Il termine *amusia* deriva dal greco e

¹³ Orchestra Sinfonica di Milano, *Musica e Cervello_ Intervista a Laura Ferreri*

¹⁴ nepsi.it/amusia-e-cervello-quando-la-musica-non-e-un-piacere

significa letteralmente “mancanza di armonia” ed è una vera e propria patologia a livello biologico.

L’amusia, soprattutto durante l’età evolutiva, potrebbe essere considerata come un grave deficit con conseguenze gravi, in quanto potrebbe compromettere anche l’utilizzo del linguaggio, e può essere catalogata come un disturbo dell’apprendimento. A differenza, però, dei più comuni disturbi dell’apprendimento, l’amusia non è considerata così compromettente tale da essere inserita nella categoria di questi, non “degnata” dunque di uno studio più approfondito e di una ricerca di strategie che possano limitarla. Quest’idea, però, rischia di avere effetti molto gravi, in quanto, come accennato precedentemente, la capacità di saper ascoltare e riconoscere la musica e i suoni, può avere importanti risvolti nell’apprendimento della lettura e della scrittura.

3.2 Benefici generali, strutturali e funzionali, della musica

Recentemente sono stati fatti studi sulla musica che hanno dimostrato l’efficacia di un allenamento musicale a lungo termine relativamente a processi cerebrali del tipo strutturale e funzionale, con l’evidenza di differenze cognitive tra chi pratica musica e chi no (Münste, 2002).

Studi condotti utilizzando la risonanza magnetica e altri esami medici sul cervello dei musicisti hanno concretamente dimostrato i cambiamenti cerebrali derivanti dall’attività musicale prolungata, sia a livello strutturale che funzionale.¹⁵

In particolare, sono stati evidenziati dei cambiamenti strutturali relativi a:

- Corpo calloso (Schlaug, 1995);
- Corteccia motoria (Amunts, 1997);

¹⁵ Tutti i risultati evidenziati circa i benefici, sia strutturali che funzionali, sono emersi da diversi studi fatti tramite risonanza magnetica e altri esami dai sopracitati studiosi.

- Cervelletto (Schlaug, 1998);
- Corteccia uditiva (Gaser, 2003).

Mentre, dal punto di vista funzionale a livello di:

- Corteccia sensomotrice (Elbert, 1995);
- Corteccia uditiva (Pantev, 1998);
- Ippocampo (Herdener, 2010);
- Tronco cerebrale (Musacchia, 2007).

L'allenamento musicale può sviluppare delle rappresentazioni mentali della musica che interessano diversi substrati cerebrali: i musicisti professionisti utilizzano, infatti, reti neurali maggiori e più complesse rispetto a chi non pratica musica (Altenmüller, 2001).

I processi strutturali e funzionali osservati nel cervello hanno un impatto diretto sul funzionamento cognitivo, determinando notevoli differenze tra musicisti e non musicisti. L'apprendimento di uno strumento musicale, essendo un compito complesso, coinvolge l'interazione di diverse funzioni cognitive.

Un allenamento musicale costante porta miglioramenti circa:

- Sviluppo delle abilità visuospatiali (Brochard, 2004);
- Strategie oculomotorie più valide (Kopiez, 2002);
- L'aumento della capacità di attenzione visiva (Rodriguez, 2007);
- L'elaborazione visiva sviluppata sui dettagli locali (Stoesz, 2007);
- La memoria visiva (Jakobson, 2008);
- La memoria verbale (Brandler, 2003).

3.3 Musica ed emozioni

«Le emozioni provate nei primi anni di vita, e altre sensazioni che hanno suscitato gioia o dolore, lasciano tracce indelebili che condizioneranno le nostre azioni e reazioni nell'intero corso dell'esistenza» (Rita Levi Montalcini) ¹⁶

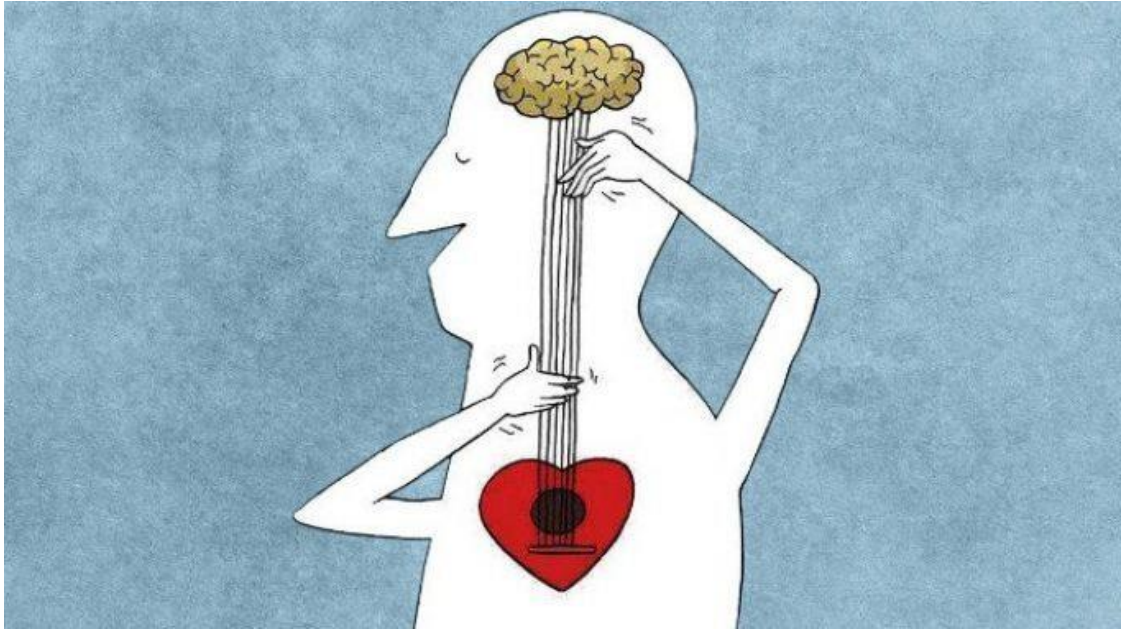
StGeorge et al. (2013) in uno studio hanno verificato il legame che c'è tra “fare musica” e le emozioni.

Lo studio si è svolto in Australia, con un campione abbastanza ampio di casi, che appartenevano a fasce di età molto ampie. Lo scopo della ricerca era quello di esaminare l'esperienza soggettiva rispetto la musica, l'esperienza emotivo-affettiva durante l'apprendimento e il livello di coinvolgimento emotivo. Inoltre, hanno cercato di identificare la relazione tra la sfera emotiva e il successo nell'apprendimento della musica. Il risultato della ricerca è stato più che positivo e a favore delle tesi degli studiosi: è stato verificato che la riuscita nell'apprendimento di uno strumento era strettamente legato al coinvolgimento emotivo-affettivo nella musica (StGeorge et al. 2013).

Donald Winnicott, legandosi allo studio sopracitato, osservò quanto il coinvolgimento determinasse l'importanza della musica nell'identità di una persona. Per Winnicott, infatti, processi creativi, che, come il gioco e la musica, sono associati a emozioni piacevoli, rendono la scoperta di sé più semplice e immediata: «È nel giocare e soltanto mentre gioca che l'individuo, bambino o adulto, è in grado di essere creativo e di fare uso dell'intera personalità, ed è solo nell'essere creativo che l'individuo scopre il sé» (Winnicott)¹⁷.

¹⁶ Rita Levi Montalcini, *Elogio dell'imperfezione*, 1987

¹⁷ Winnicott D.W., *Gioco e realtà*, 1971



*Figura 6_ La musica come legame tra cervello ed emozioni*¹⁸

La musica possiede un notevole potere nel modulare le nostre emozioni, inducendoci a provare gioia, tristezza, rilassamento o eccitazione. Questo avviene grazie alla sua capacità di attivare diverse aree del cervello, ognuna delle quali è associata a immagini, ricordi ed empatia. L'esperienza musicale, come stimolo emotivo, è estremamente complessa e può influenzare le nostre emozioni in molteplici modi.

Numerose ricerche nel campo della neuroscienza indicano che la musica può attivare il sistema limbico, tra cui l'amigdala, l'ippocampo e il cingolato anteriore. In aggiunta, la musica può esercitare un impatto significativo sulla produzione di neurotrasmettitori cruciali per il benessere mentale e l'equilibrio dell'umore, come la dopamina, l'ossitocina e la serotonina. La musica, in generale, sembra attivare, dunque, le stesse regioni cerebrali coinvolte nella sensazione di ricompensa, piacere e motivazione. Questo fenomeno spiega perché la musica possa esercitare un impatto così potente sul nostro stato d'animo, diventando spesso una terapia complementare nel trattamento di diversi disturbi mentali.

¹⁸ SAP- Scuola Adleriana di Psicoterapia, *Perché La Musica Ha Un Effetto Così Potente Sulle Nostre Emozioni?*

Tuttavia, il legame tra musica ed emozioni umane è antico: da tempi lontani, gli esseri umani hanno utilizzato la musica per esprimere e modellare le proprie emozioni, sia la paura che la speranza, rendendola un elemento centrale nella vita pubblica attraverso riti e celebrazioni. La musica ha affascinato l'umanità fin dalla sua nascita, poiché è stata riconosciuta come un potente strumento per influenzare le emozioni.

Tuttavia, solo negli ultimi decenni il legame tra musica e neurobiologia delle emozioni ha assunto una rilevanza significativa. Sebbene le emozioni siano fondamentalmente identiche a livello biologico per tutti gli individui della stessa specie, la loro manifestazione può variare notevolmente da persona a persona. Ad esempio, la sensazione di tristezza è biologicamente simile per tutti gli esseri umani, ma le reazioni emotive a uno stesso stimolo musicale possono essere molto diverse. Ciò che provoca tristezza in un individuo potrebbe suscitare gioia in un altro.

La musica genera, quindi, un'emozione e un cambio di musica genera un cambio di emozione.

Uno studio svolto da Cester e Gimeno ha, a questo proposito, dimostrato, tramite l'EEG, il legame tra ascolto della musica ed emozioni provate dal soggetto. Durante l'esame, il puntatore del macchinario rilevava un punto del diagramma, che, man mano che la musica cambiava e con essa anche le emozioni del soggetto, si muoveva in relazione alle emozioni percepite, adattandosi al nuovo stato emotivo. I due studiosi hanno chiamato questo circolo musica-emozioni *Closed Loop*: le emozioni dell'ascoltatore influenzano, infatti, la musica, così come la musica influenza le emozioni dell'ascoltatore.

La musica svolge, dunque, un ruolo essenziale nell'espressione delle emozioni e può essere utilizzata in modo consapevole ed efficace per migliorare la qualità della vita di individui vulnerabili. Infine, contribuisce, anche, al recupero dello stato di benessere originario.

3.4 Musica e linguaggio

La musica, così come il linguaggio, è una forma di comunicazione di grande valore simbolico. Spesso è definita “universale” data la sua natura innata e la possibilità di essere compresa da chiunque. Tuttavia, la musica è anche un'attività che si lega strettamente all'apprendimento: basti pensare alla pratica degli strumenti musicali o all'utilizzo di filastrocche e canzoni per facilitare l'assimilazione di nuovi contenuti.

Tradizionalmente, musica e linguaggio sono stati trattati come sistemi di comunicazione separati, la cui convergenza era spesso correlata alla formazione musicale. In realtà, questi due sistemi comunicativi sono profondamente interconnessi: la musica, attraverso i suoi elementi fondamentali, può offrire un prezioso sostegno al linguaggio e viceversa.

Quando ci troviamo di fronte a difficoltà o disturbi del linguaggio, ci confrontiamo con l'incapacità di riprodurre i suoni uditi o con difficoltà nella produzione fluente e ritmica dei suoni. Tipicamente, tali problemi si manifestano durante l'infanzia e si caratterizzano per difficoltà nella comprensione e/o nell'uso del linguaggio, nonostante un'intelligenza normale, un ambiente di apprendimento adeguato e l'assenza di deficit uditivi o problemi psicopatologici. Queste difficoltà possono avere rilevanti risvolti su vari aspetti dello sviluppo del bambino, tra cui il successo scolastico e sociale, la competenza comportamentale ed emotiva.

Le difficoltà nel linguaggio manifestate dai bambini possono interessare diversi livelli, come la sintassi, la morfologia, la semantica, la fonologia o la pragmatica, anche se l'area sintattica e morfologica sono quasi sempre coinvolte.

I bambini che sviluppano un Disturbo Specifico del Linguaggio hanno difficoltà nell'elaborazione e nella discriminazione dei contrasti temporali, ossia nelle variazioni ritmiche (Corriveau et al., 2007). Inoltre, sembrano mostrare una ridotta sensibilità alla durata dei suoni (Friedrich et al., 2004; Corriveau et al., 2007) e principalmente un deficit nell'elaborazione sintattica che si estende anche alla sintassi musicale (Jentschke et al., 2008). Molte difficoltà nell'apprendimento del linguaggio sembrano essere legate a deficit nell'elaborazione degli stimoli uditivi, inclusi quelli musicali.

Questa definizione ampia del disturbo può essere utile nello sviluppare e sostenere una varietà di interventi attraverso la musica e, se necessario, la musicoterapia. Il ruolo della prosodia, che comprende intonazione, ritmo, durata e accentuazione nel linguaggio parlato, nell'apprendimento di nuove parole è stato ampiamente dimostrato, soprattutto con bambini affetti da disturbi del linguaggio che mostrano difficoltà nella ripetizione di ciò che ascoltano o nella produzione linguistica.

L'importanza della prosodia nel linguaggio è evidenziata in particolare nelle canzoni. Diversi studi condotti su varie popolazioni hanno, infatti, confrontato gli effetti delle canzoni rispetto al linguaggio parlato durante l'apprendimento di nuove parole, la produzione verbale e la scrittura. Questi studi hanno indicato positivamente l'efficacia dell'uso delle canzoni per la riabilitazione e l'apprendimento del linguaggio: la melodia e il ritmo della canzone stessa rappresentano due componenti fondamentali della musica. L'aggiunta di caratteristiche strettamente musicali tramite il ritmo e la melodia potrebbe ridurre la richiesta cognitiva per l'elaborazione dei segnali uditivi, consentendo così ai

bambini di concentrarsi maggiormente sull'apprendimento del linguaggio. Uno studio condotto da Schon e colleghi nel 2016 ha dimostrato che durante l'apprendimento di una nuova lingua, gli indizi melodici e ritmici aiutano i partecipanti a identificare i contorni delle parole e, di conseguenza, ad apprendere nuove parole con maggiore facilità.

Questo fatto fornisce ulteriore prova del potenziale degli elementi musicali nell'intervento sul linguaggio per i bambini con Disturbo Specifico del Linguaggio (DSL). Gli elementi musicali tipici come il ritmo, la melodia e, in particolare, le canzoni, possono quindi costituire strumenti estremamente utili per chi ha un DSL.

Risultati provenienti da studi di EEG, per di più, suggeriscono che il ritmo migliora la comprensione dei testi mediante la sincronizzazione dell'attività neurale con le sillabe (Gordon, 2011): questo dato offre una prima prova neurologica dell'efficacia del ritmo nel facilitare l'apprendimento. Inoltre, il ritmo fornisce una struttura metrico-temporale che consente di raggruppare le informazioni a livello percettivo e di suddividerle in unità più gestibili a livello cognitivo, agevolando così il loro recupero in memoria.

È per questa ragione che fin dall'età prescolare vengono proposte filastrocche e canzoni ai bambini, in cui il ritmo è ben definito, per favorire l'apprendimento mnemonico grazie alle caratteristiche musicali peculiari.

Appare evidente, quindi, che l'apprendimento linguistico è notevolmente agevolato dall'utilizzo di canzoni, dato il loro impatto sia a livello ritmico che melodico. La presenza di un ritmo marcato può migliorare la discriminazione fonologica, poiché i cambiamenti nelle sillabe sono spesso accompagnati da variazioni nell'intonazione e nell'accento. Inoltre, la coerenza nella struttura degli aspetti musicali e linguistici

ottimizza i meccanismi di apprendimento: imparare il testo di una canzone cantandolo è più semplice che farlo solo recitando.

Oltre alle evidenze scientifiche che sottolineano l'importanza della musica nel favorire lo sviluppo del linguaggio sia dal punto di vista strutturale che percettivo, la canzone è uno stimolo gradevole per i bambini, che fornisce loro un ambiente in cui possono apprendere in modo più efficace e meno stressante.

La piacevolezza e la motivazione intrinseca della canzone consentono al bambino di esercitarsi attraverso la ripetizione senza percepire noia o monotonia. Questa ripetizione riveste un ruolo cruciale nell'intervento linguistico. L'uso di ripetizioni e routine durante l'apprendimento linguistico è influenzato anche dall'idea di "risparmio di risorse": se le sequenze vengono ripetute, i bambini possono ridurre la quantità di risorse impiegate per la comprensione e concentrarsi maggiormente sull'apprendimento. La ripetizione agisce anche come un allenamento, consentendo di automatizzare diversi processi e migliorare nel tempo le capacità linguistiche, nonché di strutturare nuovi percorsi neurali fondamentali.

Infine, la musica agisce come uno stimolo multimodale, influenzando diverse funzioni cognitive in modalità varie, il che la rende particolarmente efficace. La sua natura attrattiva, accessibile e motivante incoraggia i bambini a comunicare in modo più intenso, efficiente e sicuro. Proprio per queste ragioni, la musica rappresenta uno strumento privilegiato per affrontare qualsiasi tipo di difficoltà linguistica.

3.5 Musica e movimento

«La musica associata al movimento corporeo è in grado di apportare vantaggi nella crescita e nell'apprendimento dei bambini, inoltre integra e armonizza i vari aspetti della personalità».¹⁹

Il corpo è un veicolo attraverso cui i bambini imparano, ricordano e si esprimono. Il movimento rappresenta il canale privilegiato attraverso cui esplorano e scoprono il mondo circostante. Concentrarsi sul corpo, sulle emozioni e sull'espressività in generale consente di sviluppare appieno le potenzialità di ogni individuo. Per il bambino, il movimento è un mezzo di conoscenza che contribuisce alla formazione della propria identità attraverso esperienze che lo mettono in contatto con l'esterno e con il proprio mondo interiore. Il movimento non solo esprime, ma può anche aiutare la crescita e l'emancipazione del bambino verso l'autonomia. È importante stimolare la spontaneità innata dei bambini, incoraggiandoli a scoprire nuove possibilità gestuali e motorie in modo improvvisativo. Questo favorisce la plasticità neuronale e stimola la creatività, consentendo ai bambini di esprimere sé stessi in modo autentico e innovativo.

Inoltre, è risaputo che i bambini esprimono le loro emozioni e i loro stati d'animo con maggiore fisicità, poiché hanno un rapporto più immediato e diretto con il proprio corpo rispetto agli adulti. Essi mostrano meno filtri e condizionamenti, il che rende più facile per gli adulti individuare eventuali problematiche o esigenze e intervenire dove necessario.

¹⁹ Musica&Mente.it, *Musica e Mente: Il magazine italiano di Musicoterapia_ Musica e movimento per migliorare l'apprendimento e il benessere dei più piccoli*

Lavorare con musica e movimento può contribuire allo sviluppo, al miglioramento e all'incremento di vari aspetti dal punto di vista:

- Corporeo-Spaziale;
- Energetico-Muscolare;
- Psicologico;
- Espressivo-Emotivo;
- Ritmico-Sincronico;
- Coreografico-Formale;
- Audio-Mnemonico;
- Relazionale.

L'interazione tra musica e movimento consente al bambino di comprendere come i suoi movimenti innati e spontanei si coordinino con il ritmo musicale, creando così un primo legame tra sé e l'ambiente circostante, nonché una maggiore consapevolezza e autonomia.

Trattando di relazione tra musica e movimento è da citare il *Metodo Jaques-Dalcroze* (o Ritmica Dalcroze): un metodo di educazione musicale creato all'inizio del '900 dal musicista, compositore e pedagogo svizzero Emile Jaques Dalcroze.

Con il suo metodo voleva superare le difficoltà riscontrate dai suoi allievi del Conservatorio. Il musicista trovò la perfetta unione tra musica, corpo, mente ed emozioni, in cui il corpo era al centro dei principi educativi. Con il suo metodo, pertanto, ha portato benefici non solo nel campo della pedagogia musicale, ma anche nella danza, dando l'avvio a un utilizzo educativo e ri-educativo della musica e del movimento.

La Ritmica, disciplina fondamentale di questo metodo, consiste nell'unire i movimenti innati del corpo al linguaggio musicale e alle capacità di immaginazione e riflessione.

Inoltre, diverse abilità come memoria, concentrazione, spontaneità e creatività vengono sviluppate in modo armonioso.

«... l'elemento fondamentale, maggiormente legato alla vita e all'arte del suono è il Ritmo! Il Ritmo dipende esclusivamente dal movimento e trova l'esempio perfetto nel nostro sistema muscolare.» (Émile Jaques-Dalcroze)²⁰

Gli obiettivi educativi sono molteplici:

- Trovare gioia nell'esprimersi con il corpo in armonia con la musica;
- Sviluppare l'orecchio musicale e acquisire una comprensione musicale approfondita;
- Potenziare la consapevolezza corporea, includendo coordinazione, reazione, controllo dell'energia, equilibrio e utilizzo del peso corporeo;
- Favorire lo sviluppo della personalità in tutte le sue dimensioni, comprese quelle cognitive, affettive e psicomotorie;
- Stimolare e coltivare le capacità creative e artistiche;
- Promuovere la collaborazione e l'adattamento al lavoro di gruppo, nel rispetto di sé stessi e degli altri.

Lo stretto legame tra musica e movimento è, pertanto, indubbio, in quanto la musica scatena in maniera inconscia l'attivazione muscolare del nostro corpo che si prepara a muoversi a tempo con essa.

«I bambini prendono coscienza del proprio corpo, utilizzandolo fin dalla nascita come strumento di conoscenza di sé nel mondo. Muoversi è il primo fattore di

²⁰ DALCROZE, Associazione Italiana Jaques-Dalcroze, *Il Metodo Jaques-Dalcroze*

apprendimento: cercare, scoprire, giocare, saltare, correre a scuola è fonte di benessere e di equilibrio psico-fisico.

L'azione del corpo fa vivere emozioni e sensazioni piacevoli, di rilassamento e di tensione, ma anche la soddisfazione del controllo dei gesti, nel coordinamento con gli altri; consente di sperimentare potenzialità e limiti della propria fisicità, sviluppando nel contempo la consapevolezza dei rischi di movimenti incontrollati.

I bambini giocano con il loro corpo, comunicano, si esprimono con la mimica, si travestono, si mettono alla prova, anche in questi modi percepiscono la completezza del proprio sé, consolidando autonomia e sicurezza emotiva. Il corpo ha potenzialità espressive e comunicative che si realizzano in un linguaggio caratterizzato da una propria struttura e da regole che il bambino impara a conoscere attraverso specifici percorsi di apprendimento: le esperienze motorie consentono di integrare i diversi linguaggi, di alternare la parola e i gesti, di produrre e fruire musica, di accompagnare narrazioni, di favorire la costruzione dell'immagine di sé e l'elaborazione dello schema corporeo.»²¹

Possiamo quindi concludere che l'associazione tra musica e movimento porta benefici sia fisici sia mentali, specialmente riguardo agli aspetti di:

- Coordinazione e controllo motorio;
- Potenziamiento muscolare;
- Espressione emotiva;
- Rilassamento;
- Aumento energia e motivazione (soprattutto nel lavoro di gruppo);
- Miglioramento della memoria e della riflessione;

²¹ *Annali della pubblica istruzione. Indicazioni nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione.* Ed. 2012

- Socializzazione.

In breve, la musica può influenzare positivamente il movimento grazie alla combinazione di stimoli ritmici, espressione emotiva, rilassamento e coinvolgimento sociale, fornendo così una vasta gamma di vantaggi per il benessere fisico e mentale.

3.6 Musica e socializzazione

«La musica, componente fondamentale e universale dell'esperienza umana, offre uno spazio simbolico e relazionale propizio all'attivazione di processi di cooperazione e socializzazione, all'acquisizione di strumenti di conoscenza, alla valorizzazione della creatività e della partecipazione, allo sviluppo del senso di appartenenza a una comunità, nonché all'interazione fra culture diverse.»²²

Le esperienze musicali che coinvolgono l'interazione con gli altri hanno un notevole impatto sullo sviluppo delle competenze sociali durante l'infanzia e l'adolescenza. Esse favoriscono l'acquisizione di comportamenti e strategie efficaci nelle relazioni interpersonali.

Durante l'infanzia, programmi educativi che coinvolgono attivamente i bambini nell'esplorazione del suono possono accelerare l'apprendimento di comportamenti comunicativi gestuali preverbal e promuovere comportamenti prosociali, come il sorriso, la disposizione ad essere consolati e una maggiore tolleranza alle frustrazioni (Gerry, Unrau, Trainor, 2010). Nella scuola primaria, la partecipazione a percorsi musicali strutturati che incoraggiano l'interazione tra gli studenti può contribuire allo sviluppo dell'intelligenza emotiva, in particolare stimolando la capacità di provare empatia verso gli altri (Rabinovitch, Cross, Burnard, 2012). Infine, nel periodo dell'adolescenza, le

²² *Annali della pubblica istruzione. Indicazioni nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione.* Ed. 2012

attività musicali di gruppo svolgono un ruolo cruciale nella formazione dell'identità individuale (Kokotsaki, Hallam, 2007). Suonare o cantare insieme crea un senso di appartenenza e di condivisione di valori e obiettivi tra i ragazzi. Il clima di cooperazione favorisce l'empatia e il sostegno reciproco, contribuendo così alla crescita sociale e emotiva degli adolescenti.

L'esperienza musicale di gruppo offre un ambiente e un'opportunità unica per coltivare interessi condivisi, stringere legami di amicizia e contrastare situazioni di rischio legate all'isolamento e al distacco sociale (Concina, 2019). Le attività musicali di gruppo, dunque, favoriscono l'interazione sociale e la gestione efficace delle relazioni interpersonali. In queste esperienze, la collaborazione e la performance individuale sono orientate al raggiungimento di un obiettivo comune, in un processo simile all'apprendimento cooperativo (Jonson, 1998). La natura cooperativa e l'attenzione all'individuo presenti nella musica d'insieme creano un ambiente favorevole per un apprendimento significativo ed efficace.

In sintesi, la musica, soprattutto quella eseguita insieme, è un'attività comunicativa pro-sociale e inclusiva che favorisce la partecipazione di tutti e coinvolge pienamente l'individuo. Inoltre, lo sviluppo delle competenze musicali attraverso un'educazione di qualità può portare a un miglioramento delle abilità trasferibili ad altri ambiti della vita e facilitare il processo di apprendimento e crescita complessiva della persona.

Durante l'anno scolastico 2008/2009, l'Istituto per gli Affari Sociali (IAS) ha avviato una ricerca-intervento in alcuni istituti scolastici della provincia di Roma. Questo progetto ha implementato e testato un modello di intervento multidisciplinare basato sulla pratica musicale, con l'obiettivo di valutare la sua efficacia nel favorire l'inclusione e prevenire il disagio tra gli studenti. Il programma di intervento è stato concepito e messo

in atto seguendo metodologie stabilite da un gruppo multidisciplinare composto da un musicista esperto di didattica, uno psicologo e un esperto di comunicazione. L'obiettivo della ricerca era esaminare l'impatto della musica su diversi aspetti, tra cui:

- Il miglioramento del riconoscimento e della gestione delle proprie emozioni, facilitando anche il riconoscimento e l'accettazione di quelle altrui;
- L'aumento dell'autostima negli individui;
- Il potenziamento del rispetto di sé stessi e degli altri;
- La facilitazione dell'integrazione e dell'inclusione sociale attraverso l'esperienza musicale condivisa.

Il campione della ricerca includeva 306 alunni di età compresa tra gli 8 e i 10 anni, provenienti da nove scuole primarie situate a Roma e nelle zone circostanti.

I risultati della ricerca hanno mostrato un notevole aumento del livello di autostima, che ha coinvolto circa il 25,7% del campione, corrispondente a circa 1 su 4 partecipanti (tab. 3). Questo dato comprende sia i bambini che hanno migliorato il loro livello di autostima da inadeguato a adeguato, sia coloro che hanno incrementato ulteriormente la loro autostima, partendo già da un livello adeguato (tab. 4). Inoltre, le capacità sociali sono migliorate nel 5,7% del campione (tab. 5).

I dati dei test psicometrici sono stati integrati con i risultati dei questionari di soddisfazione e valutazione somministrati agli insegnanti e agli alunni, offrendo un quadro completo dell'efficacia dell'intervento e delle sue eventuali criticità. Gli insegnanti hanno evidenziato l'interesse e, in molti casi, l'entusiasmo mostrato dagli alunni nei confronti della proposta musicale, considerata nuova per la maggior parte di loro; inoltre, buona parte degli insegnanti ha segnalato un notevole impatto dell'attività musicale sulle capacità di comunicazione e socializzazione della classe. Anche le risposte degli alunni hanno confermato il coinvolgimento positivo nell'esperienza musicale.

La musica, pertanto, agisce principalmente a livello emotivo e personale, aiutando i ragazzi a esprimersi, a sviluppare una maggiore consapevolezza di sé e a incrementare la fiducia in sé stessi. L'intervento sembra aver influenzato positivamente lo sviluppo psicosociale di una parte significativa dei bambini. Tuttavia, affinché tali benefici possano consolidarsi, è essenziale proporre la musica in modo coerente e continuativo lungo tutto il percorso scolastico.

In conclusione, la ricerca ha contribuito a dimostrare, sia quantitativamente che qualitativamente, che la musica può avere effetti positivi sulle capacità sociali degli alunni.

	Maschi %	Femmine %
Stranieri	24	27
Italiani	27	25

Tabella 3_ Alunni che hanno avuto un incremento del livello di autostima ²³

		A. inadeguata poi adeguata %	A. già adeguata, con aumento di livello %	A. invariata %
M	Stranieri	4,0	20,0	76,0
	Italiani	6,0	21,0	73,0
F	Straniere	7,0	20,0	73,0
	Italiane	5,0	20,0	75,0
	Media	5,5	20,2	74,3

Tabella 4_ Percentuale degli alunni in relazione alle variazioni del livello di autostima ²⁴

²³ *La pratica musicale per la promozione dell'inclusione e la prevenzione del disagio nella scuola*, Pierangela Ghezzi e Emanuela Rellini_ Nuove Arti Terapie

²⁴ *La pratica musicale per la promozione dell'inclusione e la prevenzione del disagio nella scuola*, Pierangela Ghezzi e Emanuela Rellini_ Nuove Arti Terapie

	Maschi %	Femmine %	Media %
Stranieri	5,0	4,0	4,5
Italiani	5,0	9,0	7,0
Media totale	5,0	6,5	5,7

Tabella 5_ Percentuale del numero degli alunni che ha avuto un incremento delle capacità sociali ²⁵

L'apprendimento della musica è, pertanto, concepito non solo come un'esperienza formativa specifica, ma anche come un mezzo per promuovere la cooperazione e l'integrazione culturale. Attraverso differenti approcci didattici si può favorire un'orientazione verso l'azione diretta. Questo approccio trova espressione, come sottolineato anche dalla ricerca sopracitata, nell'attività corale e nella musica d'insieme, che offrono un contesto partecipativo e inclusivo in risposta alla necessità di aggregazione e al desiderio di esperienze culturali dirette, collettive e autonome.

²⁵ *La pratica musicale per la promozione dell'inclusione e la prevenzione del disagio nella scuola*, Pierangela Ghezzi ed Emanuela Rellini_ Nuove Arti Terapie

Capitolo 4: La musicoterapia

La neuroplasticità è una risorsa umana fondamentale, che evidenzia la capacità del cervello di adattarsi e riorganizzarsi attraverso pratiche specifiche. Questo fenomeno conferma l'efficacia potenziale di tecniche riabilitative.

La musicoterapia è una di queste: il potere della musica nel modificare l'attività neuronale in specifiche aree cerebrali apre la strada allo sviluppo di terapie basate sulla di essa per il trattamento di disturbi neurologici e psichiatrici correlati a disfunzioni e anomalie morfologiche cerebrali (Koelsch, 2014).

Quando i bambini iniziano a esplorare la propria voce, scoprono il potere di creare suoni che emergono da loro stessi. La musica e la voce facilitano l'espressione di sé.

La musicoterapia può efficacemente sviluppare abilità ritmiche e prosodiche quando sono carenti, migliorando così l'efficienza della memoria di lavoro nell'elaborazione e comprensione del linguaggio (Grosz et al., 2010).



Figura 7_ Una lezione di Musicoterapia presso l'associazione ANFFAS di Torino ²⁶

²⁶ www.anffastorino.it

4.1 Definizioni

La musicoterapia è un approccio che utilizza la musica o il suono come mezzo di comunicazione non verbale per interventi educativi, riabilitativi o terapeutici. Si basa sull'interazione tra paziente (o gruppo di pazienti) e musicoterapeuta, impiegando la musica per sviluppare, elaborare ed analizzare questa relazione. L'obiettivo principale è migliorare la qualità di vita del paziente, aiutandolo a reintegrarsi nella società.

Esistono diverse definizioni specifiche di questa disciplina.

L'Associazione Professionale dei Musicoterapeuti della Gran Bretagna (APMT), afferma che «La musicoterapia è forma di trattamento in cui si instaura un mutuo rapporto fra paziente e terapeuta, che permetta di prodursi dei cambiamenti nella condizione del paziente e l'attuazione della terapia. Il terapeuta lavora con una varietà di pazienti, sia bambini che adulti, che possono avere handicap emotivi, fisici, mentali o psicologici. Attraverso l'uso della musica in maniera creativa in ambito clinico, il terapeuta cerca di stabilire un'interazione, un'esperienza ed un'attività musicale condivise che portano al perseguimento degli scopi terapeutici determinati dalla patologia del paziente»²⁷.

Dall'Associazione Nazionale di Musicoterapia degli USA (AMTA), viene data, invece, la seguente definizione «La musicoterapia è l'uso della musica nella realizzazione degli scopi terapeutici: il ristabilimento, il mantenimento e il miglioramento della salute mentale e fisica: è l'applicazione sistematica della musica, diretta dal musicoterapeuta in ambito terapeutico, per portare i cambiamenti desiderati nel comportamento. Tali cambiamenti permettono all'individuo di affrontare la terapia per arrivare ad una maggiore comprensione di sé e del mondo intorno a lui, e di ottenere quindi un più adeguato adattamento alla società. Come membri della squadra terapeutica il musicoterapeuta professionista prende parte all'analisi dei problemi dell'individuo e alla

²⁷ Definizione di Musicoterapia AMPT, www.psicoterapia-palermo.it/PDFS/musicoterapia.pdf

formulazione degli obiettivi del piano generale di trattamento, prima di progettare ed elaborare specifiche attività musicali. Valutazioni periodiche vengono fatte per determinare l'efficacia delle procedure impiegate»²⁸.

È da tenere in considerazione, anche, la definizione data dalla Federazione Mondiale di Musicoterapia (WFMT) nel 1996, dove è detto che «La musicoterapia è l'uso della musica e/o degli strumenti musicali (suono, ritmo, melodia e armonia) da parte di un musicoterapeuta qualificato, con un cliente o un gruppo, in un processo atto a facilitare e favorire la comunicazione, la relazione, l'apprendimento, la motricità, l'espressione, l'organizzazione e altri rilevanti obiettivi terapeutici al fine di soddisfare le necessità fisiche, emozionali, mentali, sociali e cognitive. La musicoterapia mira a sviluppare le funzioni potenziali e/o residue dell'individuo in modo tale che il paziente o la paziente possano meglio realizzare l'integrazione intra- e interpersonale e consequenzialmente possano migliorare la qualità della loro vita grazie ad un processo preventivo, riabilitativo o terapeutico»²⁹.

Infine, nel 2011, la musicoterapia è stata definita dalla WFMT, durante il Congresso Mondiale di Seul, come «l'uso professionale della musica e dei suoi elementi come intervento in ambienti medici, educativi e sociali con individui, gruppi, famiglie o comunità che cercano di ottimizzare la loro qualità di vita e migliorare la salute e il benessere fisico, sociale, comunicativo, emotivo, intellettuale e spirituale. Ricerca, pratica, educazione e formazione clinica in musicoterapia sono basati su standard professionali in relazione ai contesti culturali, sociali e politici»³⁰.

Da tutte e quattro le definizioni emerge chiaramente la funzione riabilitativa della musicoterapia, che può essere applicata sia con bambini che con adulti. Questa pratica

²⁸ Definizione di Musicoterapia AMTA, www.psicoterapia-palermo.it/PDFS/musicoterapia.pdf

²⁹ Definizione di Musicoterapia WFMT, www.psicoterapia-palermo.it/PDFS/musicoterapia.pdf

³⁰ Definizione di Musicoterapia, WFMT Congresso Mondiale di Seul, 2011, www.wfmt.info/post/announcing-wfmts-new-definition-of-music-therapy

prevede una stretta relazione tra paziente e professionista, basata su fiducia reciproca, i quali hanno come obiettivo comune quello di migliorare la qualità di vita del paziente.

La musica dà, quindi, alla persona coinvolta la possibilità di esternare e percepire emozioni, comunicare sentimenti o stati d'animo mediante il linguaggio non verbale.

I principi base della pratica musicoterapeutica possono essere riassunti nei seguenti punti:

- Il paziente è un attivo partecipante della terapia;
- La fiducia è al centro del rapporto terapeutico;
- La tecnica è adattata e personalizzata caso per caso;
- Gli obiettivi terapeutici mirano al cambiamento della persona o di specifiche parti/funzioni;
- Si predilige uno scambio reciproco di proposte tra paziente e musicoterapeuta.

Alcuni obiettivi generici della musicoterapia includono:

- Favorire e stimolare la comunicazione;
- Sviluppare relazioni umane e interpersonali;
- Incentivare l'uso e l'acquisizione del linguaggio;
- Affrontare comportamenti patologici;
- Promuovere l'integrazione psicologica, emotiva e sociale;
- Potenziare la fiducia in sé stessi;
- Stimolare il movimento espressivo e il coordinamento motorio;
- Favorire l'espressione creativa e l'autorealizzazione.

La musicoterapia è una pratica altamente efficace, particolarmente indicata per individui con Disturbi della comunicazione e dei rapporti, Disturbo dello spettro autistico, Disturbi dell'apprendimento, ADHD, problemi e disturbi del linguaggio, Trisomia 21, prematurità, disturbi dell'umore, stanchezza psicologica e stress. La musica aiuta il

rilassamento e la riduzione dello stress, fornendo benefici anche in casi di traumi, disabilità intellettiva, disabilità fisiche e sensoriali, disturbi psichiatrici, problemi emotivi e comportamentali, dipendenze ed effetti dell'invecchiamento.

Inoltre, anche in presenza di malattie degenerative come il morbo di Alzheimer, dove la perdita di memoria è comune, i pazienti spesso conservano la capacità di ricordare la musica del passato. L'ascolto della musica può quindi agevolare il recupero di altri ricordi. Inoltre, durante il periodo immediatamente successivo a un ictus, l'ascolto della musica può favorire il recupero cognitivo e prevenire umori negativi.

Dal punto di vista legislativo, in Italia la musicoterapia, definita come Arteterapia, non è riconosciuta.

Il 14 gennaio 2013, esce, infatti, la legge n. 4 sulle nuove professioni. Questa evidenzia le differenze tra professioni regolamentate e no, dunque tra le professioni che hanno o meno ottenuto il riconoscimento legislativo. La figura dell'Arte-terapeuta rientra tra quelle non regolamentate.

Nella Legge n. 4 del 14 gennaio 2013, l'Arteterapia, come categoria, viene definita come:

“[...] attività economica, anche organizzata, volta alla prestazione di servizi o di opere a favore di terzi, esercitata abitualmente e prevalentemente mediante lavoro intellettuale, o comunque con il concorso di questo, con esclusione delle attività riservate per legge a soggetti iscritti in albi o elenchi ai sensi dell'art. 2229 del Codice civile, delle professioni sanitarie e delle attività e dei mestieri artigianali, commerciali e di pubblico esercizio disciplinati da specifiche normative.” (Art. 1, comma 2)³¹.

³¹ www.lavoro.gov.it/

4.2 Inquadramento storico

Il termine "musicoterapia" deriva dalla combinazione di due parole greche: *musikè* e *therapeia*. "Musikè" rappresentava, nell'antica Grecia, l'insieme delle arti guidate dalle Muse, mentre "therapeia" indicava il prendersi cura, l'essere al servizio e l'aver a cuore la vita e la condizione umana di qualcuno.

Nella cultura greca, la musica rivestiva un ruolo fondamentale nella crescita e formazione dell'individuo, sia nella sfera sociale che in quella religiosa. Filosofi come Platone, Aristotele e Pitagora consideravano la musica un'arte capace di infondere serenità e di plasmare il senso etico e morale di una persona. In particolare, Platone la definiva, proprio, "medicina dell'anima", attribuendole il potere di migliorare la calma interiore.



Figura 8_ Il mito della musica nell'Antica Grecia ³²

Nonostante l'antico legame tra musica e medicina, e musica e benessere, la vera nascita della musicoterapia risale al 1700 con il primo trattato redatto da Brockiesby, un medico musicista londinese. Nello stesso periodo, Porgeter, suo collega medico, fu uno dei primi ad utilizzare la musica per trattare disturbi mentali, sottolineando l'importanza di una conoscenza approfondita della teoria musicale per un'applicazione efficace nella cura di tali disturbi.

³² www.musicologica.it

Nel 1748, Louis Roger, medico di Montpellier, pubblicò il *"Traité des effets de la musique sur le corps humain"*, dove esaminò criticamente gli effetti della musica sul corpo umano, equiparandoli agli strumenti musicali che reagivano in modo differente alle varie vibrazioni sonore.

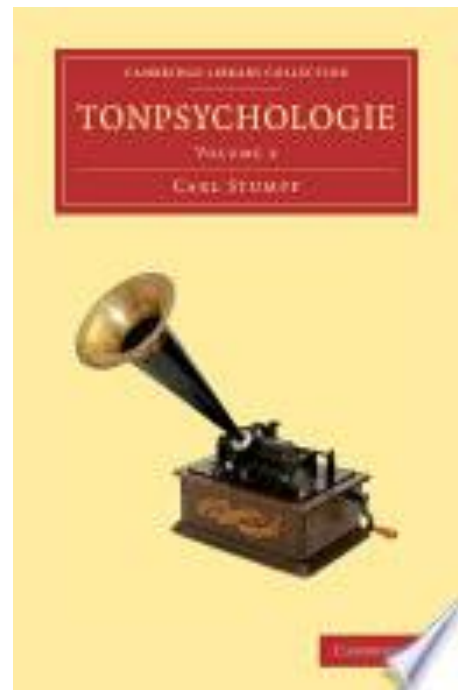
Figura 9_ Louis Roger "Traité des effets de la musique sur le corps humain" ³³



Verso la fine del 1800, Carl Strumpf, psicologo e filosofo tedesco, condusse ricerche sulla psicologia del suono, concentrandosi sull'influenza e sugli effetti sonori dell'ascolto musicale.

Il suo studio, *"Tonpsychologie"* (Vol. 2; 1883-90), pose le basi per la musicoterapia moderna, che si distingue dalla sua controparte antica per essere fondata su solide ricerche scientifiche anziché conoscenze approssimative.

Figura 10_ Carl Strumpf, "Tonpsychologie" Vol.2 ³⁴



³³ books.google.it/books/about/Trait%C3%A9_des_effets_de_la_musique_sur_le

³⁴ books.google.it/books/about/Tonpsychologie_Volume_2

Anche in Italia, sono stati numerosi i luoghi di sperimentazione della musicoterapia, con il manicomio di Aversa che ha svolto il ruolo pionieristico a partire dal 1843, grazie all'operato dello psichiatra e poeta Biagio Gioacchino Miraglia.

L'interesse per la musicoterapia è cresciuto, così, gradualmente sia nel nostro paese che nel resto del mondo.

Nel 1919, la Columbia University negli Stati Uniti ha istituito il primo corso non ufficiale di musicoterapia, in seguito nel 1944 presso l'Università del Michigan è stato creato un corso quadriennale di specializzazione. Successivamente, nel 1946, è stato istituito il primo corso ufficiale di musicoterapia presso l'Università del Kansas.

Infine, a partire dagli anni '50, sia negli Stati Uniti che in Europa, hanno cominciato a formarsi diverse associazioni e società nazionali di musicoterapia. Per arrivare nel 1985, quando queste organizzazioni si sono unite sotto il nome di World Federation of Music Therapy (WFMT), la quale continua a essere un organismo internazionale di riferimento nel campo della musicoterapia.

4.3 Le tecniche e i modelli teorici

La musicoterapia presenta due modalità di utilizzo: attiva e passiva (Manarolo, 2006; Raglio, 2015):

- La musicoterapia passiva consiste nell'esporre il paziente alla musica o ai suoni, consentendo che avvenga un cambiamento a livello neuropsichico. Questo metodo mira a migliorare le funzioni neuro-cognitive come l'ideazione, l'attenzione, la concentrazione e la memoria. Inoltre, contribuisce al miglioramento della capacità di regolare l'umore, influenzando positivamente la psicomotricità e il rilassamento. Grazie alla sua natura prevalentemente non verbale e all'uso dell'improvvisazione musicale, favorisce l'interazione e lo

sviluppo di processi comunicativo-relazionali, specialmente per coloro con difficoltà nelle abilità verbali e simboliche.

- La musicoterapia attiva, al contrario, è una tecnica che si concentra sul miglioramento della comunicazione attraverso l'espressione delle emozioni. In questo approccio, il paziente suona strumenti musicali, utilizza il proprio corpo nel movimento e canta. La voce non è semplicemente uno strumento musicale, ma rappresenta un'espressione profonda della persona stessa attraverso il suono. Questo metodo prevede un coinvolgimento verbale più marcato ed è adatto a individui con una buona capacità di comunicazione verbale e una certa capacità di introspezione ed elaborazione emotiva.

Entrambe le metodologie richiedono una valutazione attenta dei singoli soggetti, o dei partecipanti in caso di terapie di gruppo, considerando le loro specifiche caratteristiche socioculturali e la loro Identità Sonora (ISO), che rappresenta l'insieme delle energie sonore distintive di un individuo (Benenzon, 1984; Benenzon et al., 2006), insieme alla sua storia personale. Questo approccio consente di sviluppare interventi personalizzati che includono obiettivi mirati (Raglio, 2015).

Esistono vari modelli circa la presentazione della musicoterapia.

IL MODELLO BENENZON

Rolando O. Benenzon, un musicista e psichiatra argentino, ha sviluppato un modello di musicoterapia a partire dalla fine degli anni '60 del secolo scorso. Questa prospettiva considera la musicoterapia come un'area di studio che utilizza il suono e il movimento per promuovere effetti regressivi.

Tale approccio si basa su studi nei campi correlati alla terapia musicale, tra cui:

- Psicoanalisi (Freud, Jung, Watzlawick, Lorenz, Winnicott);

- Studi sulla musica e sull'oggetto sonoro (Schaeffer, Sachs, Shaffer);
- Principi fondamentali della educazione musicale (Willems, Dalcroze, Kodaly, Orff, Martenot);
- Prossemica, teorie della comunicazione, concetto di imprinting e intersoggettività.

Questo modello è un approccio rigoroso che mira principalmente a migliorare la qualità di vita delle persone. Uno dei suoi concetti fondamentali è l'Identità Sonora (ISO), la quale si compone di diverse componenti e si sviluppa nel corso della vita. Ogni individuo possiede innanzitutto l'ISO gestaltico, che rappresenta l'insieme delle energie sonoro-musicali sperimentate durante la comunicazione neonatale con la madre. All'interno di quest'ultimo si colloca l'ISO universale, che include tutti i suoni comuni agli esseri umani. Un altro concetto chiave è quello dell'oggetto sonoro, che può essere uno strumento musicale o qualsiasi altro oggetto in grado di produrre suoni e viene utilizzato per promuovere e facilitare il legame terapeutico.

In questo modello, viene dedicata particolare attenzione sia all'ambiente terapeutico, inteso come lo spazio fisico in cui si svolge la seduta, sia agli strumenti utilizzati durante la terapia, definiti come Gruppo Operativo Strumentale (GOS). Questo gruppo comprende gli strumenti selezionati in base agli obiettivi specifici del progetto musicoterapico. Secondo Benenzon, lo spazio terapeutico deve rispettare precise caratteristiche, mentre gli strumenti musicali devono essere esclusivamente acustici, preferibilmente auto-costruiti, includendo strumenti etnici, suoni naturali, suoni corporei e materiali presenti nella stanza. La disposizione dell'ambiente terapeutico e la selezione del GOS, insieme alla posizione del terapeuta musicale, rappresentano gli unici elementi direttivi all'interno della seduta, che avviene interamente in modo non verbale e privo di direttività. La comprensione dell'Identità Sonora (ISO) del cliente, dell'oggetto

intermediario e integratore, unitamente all'osservazione dei comportamenti non verbali e musicali, costituiscono le fondamenta della progettazione della terapia.

La seduta si sviluppa in tre fasi distinte:

1. Riscaldamento, mirando a predisporre l'utente all'interazione terapeutica, creando un ambiente favorevole;
2. Percezione e osservazione, entrando in gioco l'Identità Sonora (ISO) sia dell'utente che del terapeuta musicale e si concentra sull'osservazione e sulla percezione reciproca;
3. Dialogo sonoro, raggiunto gradualmente attraverso le fasi precedenti.

Secondo Benenzon, il terapeuta deve essere consapevole della propria identità e mantenere un confine chiaro con la realtà durante la costruzione della relazione terapeutica. Deve possedere una conoscenza approfondita del Gruppo Operativo Strumentale (GOS) e motivare le azioni e le decisioni intraprese. Inoltre, deve mantenere un atteggiamento di apertura e ascolto, bilanciato da una necessaria distanza emotiva. La valutazione avviene attraverso protocolli accurati prima e dopo la seduta, con particolare attenzione alla supervisione per analizzare il lavoro svolto e pianificare le fasi successive.

Il modello benenzoniano può essere applicato in diversi contesti medici, sia a scopo preventivo che riabilitativo, oltre che terapeutico. È essenziale, però, considerare sempre il contesto e le caratteristiche funzionali del soggetto coinvolto.

MUSICOTERAPIA CREATIVA

Paul Nordoff e Clive Robbins, un musicista e uno psicopedagogo inglesi, hanno introdotto un loro metodo rivolto a bambini con una vasta gamma di disturbi dell'apprendimento, inclusi quelli lievi e gravi come la Trisomia 21, così come a pazienti autistici, disabilità psicofisiche e disturbi dell'udito.

Questo approccio, fortemente orientato all'ambito educativo e pedagogico, prevede sedute di gruppo in cui vengono appresi vari ritmi per favorire i movimenti corporei e la coordinazione. La musica è al centro dell'esperienza e le risposte musicali costituiscono il materiale principale per l'analisi e l'interpretazione. L'idea fondamentale è che ogni individuo risponda in modo innato alla musica e che attraverso di essa possa sviluppare le proprie capacità positive.

In questo modello, la musica viene utilizzata come strumento terapeutico attraverso l'improvvisazione creativa, coinvolgendo anche parzialmente l'utente stesso, al quale vengono forniti strumenti prevalentemente ritmici. I terapeuti creano un'atmosfera musicale coinvolgente dall'inizio alla fine della seduta, con l'obiettivo di instaurare una relazione terapeutica attraverso la musica.

Il percorso proposto si articola nelle seguenti fasi:

1. Incontro musicale con l'utente al fine di stabilire una relazione di fiducia attraverso l'esperienza musicale iniziale;
2. Improvvisazione con il terapeuta, in cui si incoraggia attivamente l'utente a partecipare all'improvvisazione musicale con il terapeuta. L'obiettivo è di aiutare l'utente a sviluppare un linguaggio musicale che faciliti la costruzione di una relazione terapeutica solida;
3. Sviluppo delle abilità musica, in cui l'attenzione è rivolta allo sviluppo delle abilità musicali dell'utente.

L'analisi dell'intervento avviene attraverso una descrizione dettagliata, utilizzando metafore e interpretazioni per comprendere ed esprimere emotivamente ciò che l'utente comunica attraverso il suo comportamento musicale.

Sebbene originariamente concepito per i disturbi neurologici dell'età dello sviluppo, nel corso degli anni questo modello è stato adattato e diversificato per poter essere applicato anche con utenti adulti nei contesti neurologici e psichiatrici.

MUSICOTERAPIA ANALITICAMENTE ORIENTATA

Il modello, ideato dalla violinista Mary Priestley negli anni '70, mira a integrare la musicoterapia con la psicoanalisi, specialmente con un'orientazione junghiana nella psicoterapia analitica.

Basandosi sul concetto di *transfert* tra terapeuta e utente (“tendenza del paziente a proiettare sulla persona dell’analista aspettative e rappresentazioni che traggono origine dalle interazioni con i propri genitori durante l’infanzia”³⁵), arricchito dall'uso simbolico della musica improvvisata da entrambi, l’utente può esplorare il proprio mondo interiore attraverso uno strumento creativo, con l'obiettivo di favorire la crescita personale. Il focus principale è dunque sullo sviluppo personale e/o funzionale.

Le sedute iniziano con un momento di verbalizzazione, da cui emerge il tema ispiratore dell'improvvisazione musicale. Questo tema viene rappresentato da una “regola” che guiderà l'esecuzione musicale stessa, offrendo stimoli all'utente per esplorare le proprie emozioni, sogni e fantasie. Tuttavia, l'improvvisazione rimane imprevedibile, coinvolgendo sia l'utente che il terapeuta. Quest'ultimo deve bilanciare il lasciarsi andare al processo creativo con la gestione del *controtransfert* (“nascita di sensazioni e emozioni che il terapeuta riconosce proprie e che fanno parte o della relazione che si è instaurata con il paziente o del vissuto di quest’ultimo”³⁶), sostenendo e contenendo le emozioni che emergono dall'utente. Le improvvisazioni vengono registrate e riascoltate insieme per una

³⁵ www.stateofmind.it/transfert/

³⁶ www.guidapsicologi.it/articoli/transfert-e-controtransfert

riflessione verbale sull'esperienza musicale e sugli elementi emotivi emersi. La complessità del modello necessita di un professionista preparato, in particolar modo a livello psicoterapeutico, con una grande flessibilità musicale e la capacità di suonare una grande varietà di strumenti musicali.

La relazione di fiducia tra terapeuta e utente, insieme alla gestione dei fenomeni di transfert e controtransfert, costituisce il fulcro centrale del modello. Viene utilizzato in contesti psichiatrici e di counseling, anche con utenti di diverse fasce d'età, inclusi bambini e adolescenti.

BMT_ MUSICOTERAPIA COMPORTAMENTALE

Il modello, originariamente proposto da Clifford Madsen e ampiamente sviluppato negli Stati Uniti, continua a essere il principale approccio alla musicoterapia in quel contesto: è fondato sulle teorie comportamentiste di Watson degli anni '50 e si propone di modificare il comportamento dell'utente attraverso il condizionamento, basato sul concetto di stimolo-risposta, utilizzando la musica come mezzo principale. I programmi sono altamente strutturati e ripetibili.

Questo metodo è principalmente recettivo, concentrato sull'ascolto della musica e sull'idea che l'individuo desideri l'esperienza musicale. Lo stimolo sonoro viene impiegato per ridurre i comportamenti negativi.

Il terapeuta non richiede necessariamente una formazione musicale specifica, ma piuttosto una formazione di tipo comportamentista riguardo alle tecniche di rinforzo, sensibilizzazione/desensibilizzazione, condizionamento e rilassamento.

Questo modello viene utilizzato con una vasta gamma di utenti, inclusi adulti, bambini e anziani, che presentano un elevato grado di gravità in contesti neurologici e psichiatrici.

METODO GIM

Il metodo Guided Imagery and Music (GIM), sviluppato da Helen Bonny agli inizi degli anni Settanta, sfrutta il potere della musica nel suscitare immagini e nell'essere uno strumento di esplorazione della coscienza. Bonny crede fermamente che la musica abbia la capacità di penetrare profondamente nella coscienza, modificando così la condizione fisica, emotiva, intellettuale e spirituale degli individui.

Questo approccio terapeutico consiste «nell'esplorazione di sé centrata sulla musica, utilizzando programmi musicali specifici per stimolare e sostenere l'apertura dinamica di esperienze interiori, offrendo alle persone la possibilità di integrarle»³⁷.

Il GIM si fonda sulle teorie psicodinamiche di Freud e Jung, integrate con i modelli della psicologia umanistica e transpersonale. Si tratta di una procedura che, tramite l'ascolto guidato di musica classica e tecniche di rilassamento indotte dal training autogeno (“metodo di auto distensione mente-corpo che può essere di sostegno in momenti di difficoltà, di particolare aiuto in situazioni di ansia e stress nelle quali avvengono molte attivazioni a livello fisico ed emotivo”³⁸), che consente di evocare vissuti ed emozioni correlate, per poi rielaborarle in modo simbolico.

L'incontro tramite l'utilizzo del metodo GIM, che può estendersi fino a un'ora e mezza, si articola in quattro fasi:

1. Verbalizzazione, il terapeuta e l'utente stabiliscono il focus della seduta, concentrandosi sia sul mondo esterno che su quello interno dell'utente;

³⁷ www.musicoterapiaviva.it/1/musicoterapia-clinica

³⁸ www.stateofmind.it/2018/06/training-autogeno-psicologia

2. Rilassamento e focalizzazione, il terapeuta utilizza le tecniche del training autogeno per guidare l'utente verso il rilassamento e l'abbandono del controllo della realtà esterna;
3. Viaggio musicale, l'utente è guidato attraverso ascolti musicali predisposti dal terapeuta. Quest'ultimo assume un atteggiamento non direttivo e di ascolto, accompagnando l'utente nel suo percorso di esplorazione interiore;
4. Ritorno alla piena coscienza e integrazione, l'utente ritorna alla piena coscienza e viene incoraggiato a esprimere la propria esperienza attraverso modalità creative come disegno, scultura o poesia. Successivamente, viene facilitata una discussione verbale per collegare l'esperienza vissuta alla vita quotidiana, ripristinando così il focus iniziale.

La formazione per praticare il metodo GIM è rigorosa e strutturata. È adatto a utenti in grado di distinguere l'immaginazione dalla realtà esterna e che dispongono di un Io sufficientemente stabile. Può essere applicato con successo in casi di depressione, ansia, tossicodipendenza, nonché con pazienti oncologici e in fase terminale.

4.4 Campi di applicazione

La musicoterapia rappresenta un approccio accessibile ed efficace per una vasta gamma di sfide che i bambini possono affrontare. Tra le sue molteplici applicazioni, troviamo il sostegno nell'autismo, nei casi di prematurità, nelle malattie terminali, nei disturbi del linguaggio e dell'apprendimento, così come nei problemi comportamentali.

Oltre ad essere una risorsa preziosa in contesti di patologia, la musicoterapia offre un'opportunità di crescita personale anche per bambini che non presentano particolari problematiche. Essa favorisce lo sviluppo dell'autostima, incoraggia l'ascolto reciproco e

stimola l'espressione creativa attraverso l'esperienza condivisa della musica, l'uso della voce, la percezione delle sonorità corporee e la manipolazione degli strumenti musicali.

Questo tipo di intervento può essere avviato fin dalle prime fasi della vita umana.

Durante la gestazione, la musica può contribuire ad accrescere la consapevolezza del proprio corpo, la percezione sensoriale e l'ascolto, permettendo al bambino di stabilire un legame speciale con la madre già prima della nascita. Nel periodo neonatale, la musica può influenzare l'attenzione dei neonati, suscitando sensazioni di piacere o irritazione, e può anche incidere sul tono emotivo generale. I suoni melodiosi che caratterizzano il linguaggio diretto ai neonati contribuiscono al loro avvicinamento al linguaggio stesso, attraverso gli elementi musicali presenti nell'input linguistico.

Particolarmente significativa è l'applicazione della musicoterapia nei casi di prematurità. Ad esempio, si è osservato che nei neonati prematuri in buone condizioni di salute, l'esposizione alla musica di Mozart può favorire un aumento della saturazione di ossigeno, una maggiore capacità di suzione non nutritiva, un incremento del peso corporeo e una riduzione del livello di stress, della frequenza cardiaca e del cortisolo salivare. Inoltre, si registra una significativa diminuzione del dispendio energetico a riposo.

Passando al secondo periodo di vita, nella prima infanzia l'acquisizione di competenze legate agli elementi musicali del linguaggio, come la prosodia e il ritmo, riveste un ruolo fondamentale nello sviluppo successivo delle abilità linguistiche. Non è un caso che l'approccio al trattamento dei disturbi del linguaggio sia basato sull'idea di "ascoltare per ascoltarsi", riscoprendo l'intonazione autentica della voce. Nei casi di difficoltà nell'apprendimento specifico, la musicoterapia si concentra sul rapporto interattivo tra terapeuta e bambino, incoraggiando l'esplorazione della relazione, l'espressione gestuale,

l'uso della voce, l'articolazione e la comprensione profonda delle parole e dei simboli scritti.

Numerose evidenze confermano il valore della musicoterapia nel favorire lo sviluppo sociale, emotivo e motivazionale nei bambini, sia in presenza di patologie che in assenza di esse. Questo avviene tramite l'aumento della frequenza e della durata di momenti gioiosi, una maggiore sintonizzazione emotiva nelle relazioni e una maggiore propensione all'iniziativa. Inoltre, sembra che nei bambini di età inferiore ai due anni, il gioco sociale si sviluppi in modo più significativo quando sono coinvolti in sessioni di terapia musicale di gruppo.

Tanto nei bambini quanto negli adulti, l'attività musicale, specialmente quando coinvolge l'imitazione e la sincronizzazione, attiva regioni cerebrali che hanno importanti implicazioni nel campo della riabilitazione e del trattamento dei Disturbi Generalizzati dello Sviluppo. Le attività musicali di gruppo hanno dimostrato di ridurre l'aggressività e di aumentare l'autostima nei bambini con comportamenti aggressivi e con Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP).

Uno studio condotto su un campione di bambini, ma rilevante anche per gli adulti, con gravi ustioni, suggerisce che un programma riabilitativo strutturato, che includa la musicoterapia insieme a esercizi fisici e terapia occupazionale, porta a un maggiore incremento dei range di movimento (soprattutto a livello del gomito e del ginocchio) rispetto ai pazienti sottoposti solo alla terapia standard.

Un considerevole numero di studi ha anche valutato l'utilità della musicoterapia in un contesto integrato di cure palliative pediatriche. Inoltre, di fronte a patologie neurologiche come la Paralisi Cerebrale Infantile, la musicoterapia emerge come uno degli interventi più efficaci. In questo contesto, è essenziale fornire sostegno ai genitori, rafforzare il

legame madre-bambino (soprattutto nei primi anni di vita) e promuovere la comunicazione. Il bambino è incoraggiato a partecipare attivamente, con l'obiettivo di migliorare le sue capacità, trovare gratificazione nei successi raggiunti e acquisire consapevolezza dei propri punti di forza e di debolezza.

Nella gestione della Trisomia 21, l'obiettivo è migliorare la relazione attraverso l'attenzione condivisa e la tonicità corporea, rinforzare il legame emotivo-musicale, estendere i tempi di concentrazione, promuovere il movimento, sviluppare l'autocontrollo, aumentare la fiducia in sé stessi e favorire lo sviluppo del linguaggio verbale e delle competenze fondamentali.

Nei casi di disordini sensoriali, il musicoterapeuta si impegna innanzitutto a stabilire un rapporto positivo con il bambino, facendolo sentire accolto e valorizzato e introducendolo gradualmente al nuovo contesto.

Per coloro che presentano deficit visivi, come cecità o ipovisione, gli obiettivi terapeutici primari comprendono l'esplorazione del mondo circostante guidata dai suoni, lo sviluppo della percezione spazio-temporale tramite le onde sonore, la promozione della motricità e della capacità di spostamento, l'apprendimento delle relazioni con sé stessi e con gli altri nel contesto reale, nonché il potenziamento dell'autonomia nell'interazione e nell'apprendimento.

In generale, la musicoterapia costituisce una scelta eccellente per lavorare sull'autostima e sul rafforzamento della personalità.

In tutti i settori di intervento durante l'infanzia menzionati precedentemente, è fondamentale coinvolgere i genitori nella condivisione degli obiettivi e dei cambiamenti, sia positivi che negativi. Questo avviene attraverso colloqui regolari e, se necessario, fornendo supporto terapeutico e psicologico.

In sintesi, la musicoterapia si presenta come una risorsa preziosa per promuovere lo sviluppo e il benessere dei bambini, intervenendo su diversi livelli, dalla dimensione fisica a quella emotiva e relazionale.

Attualmente, la musicoterapia trova applicazione in tutte le fasce d'età e in una vasta gamma di contesti curativi, tra cui la pedagogia di sostegno, le relazioni psicoterapeutiche, gli ambienti ad alto livello di stress, i luoghi di lavoro e comunitari, oltre al ripristino dei ritmi naturali dell'organismo, rivelandosi un'ottima strategia di lavoro in tutti i vari contesti.

4.5 Benefici generali

«Dove le parole non arrivano... la musica parla»³⁹.

La musicoterapia, come specificato precedentemente, è un approccio che sfrutta la musica, il suono e il ritmo come strumenti di comunicazione non verbale per interventi educativi, riabilitativi e terapeutici. La presenza costante della musica nella nostra vita è evidente: le bande militari la utilizzano per instillare fiducia e coraggio, gli eventi sportivi per suscitare entusiasmo, gli studenti per facilitare la memorizzazione, i centri commerciali per stimolare gli acquisti e persino i centri medici per rilassare i pazienti.

Questo potere della musica è stato il motore di numerosi studi e ricerche, mirati a sfruttarne le potenzialità nel campo della cura, utilizzandola come terapia.

La parola *terapia* significa «studio e attuazione concreta dei mezzi e dei metodi per combattere le malattie»⁴⁰, il suo fine è quindi portare a un cambiamento positivo, elevando il livello di benessere nella vita delle persone.

³⁹ Ludwig Van Beethoven, francescomacri.wordpress.com/2018/06/18/musica-un-linguaggio-universale-capace-dellinesprimibile/

⁴⁰ www.treccani.it/vocabolario/terapia/

La musica ha il potere di provocare cambiamenti sia emotivi che fisiologici, ma è essenziale comprendere come e in quali contesti possa essere efficacemente utilizzata per promuovere il benessere dell'individuo. Per comprendere appieno i suoi benefici per la salute umana, è utile esaminare la definizione fornita dalla WFMT (cfr. pag. 60):

«La Musicoterapia è l'uso della musica e/o degli elementi musicali (suono, ritmo, melodia e armonia) da parte di uno specialista qualificato, con un utente o un gruppo, in un processo atto a facilitare e favorire la comunicazione e la relazione, migliorare l'umore, facilitare l'apprendimento, intervenire sulla motricità, migliorare il modo in cui ci esprimiamo, sviluppare il senso di organizzazione, altri rilevanti obiettivi strettamente terapeutici al fine di soddisfare le necessità fisiche, emozionali, mentali, sociali e cognitive. La musicoterapia mira a sviluppare le funzioni potenziali e/o residue dell'individuo in modo tale che possa migliorare l'integrazione intra e interpersonale e, di conseguenza, possa migliorare la qualità della vita grazie ad un processo preventivo, riabilitativo, terapeutico».

Esaminando attentamente la definizione, gli effetti benefici della musicoterapia si possono riassumere in:

- Favorire il benessere;
- Gestire lo stress;
- Ridurre il dolore;
- Esprimere emozioni;
- Potenziare la memoria;
- Migliorare la comunicazione;
- Favorire il recupero fisico;
- Affrontare la depressione.

La Musicoterapia offre un approccio olistico che può influenzare diverse dimensioni dell'individuo, dalle emozioni all'apprendimento, fino a questioni fisiche specifiche. Considerata una forma di medicina alternativa, può avere un impatto completo sulla persona, specialmente quando guidata da un musicoterapista esperto che si sintonizza pienamente con il paziente.

Tradizionalmente, la Musicoterapia è stata impiegata nel trattamento dei bambini con disabilità, mirando a favorire il loro sviluppo psicofisico e le relazioni sociali, soprattutto in caso di disturbi mentali e neurologici. È importante notare che la Musicoterapia viene sempre più integrata con tecniche di prevenzione e riabilitazione, poiché il suo obiettivo non è tanto quello di curare la patologia quanto di supportare attivamente la medicina convenzionale.

Claire Oppert, una violoncellista parigina, ha fatto della musicoterapia una missione di vita, portando il suo talento nelle corsie degli ospedali per alleviare il dolore e il disagio dei pazienti ricoverati. Da anni, Claire si impegna a suonare settimanalmente nella sala comune del reparto di Oncologia e cure palliative dell'Ospedale Sainte-Perine di Parigi, offrendo conforto anche ai pazienti immobilizzati nei loro letti, spesso affrontando malattie terminali. Professionista di fama internazionale, Claire Oppert vede nella sua musica un mezzo per aiutare gli altri, una vocazione che ha coltivato fin dall'infanzia. Trasformando la sua passione in una missione, Claire applica i principi della musicoterapia per assistere le persone più vulnerabili e in difficoltà.

«Quando i pazienti la vedono entrare, si rilassano. Le domandano di suonare Schubert o Mozart e lei le esegue perfettamente. La sua musica, oramai, è un'arte con funzioni terapeutiche»⁴¹.



Figura 11_ Claire Oppert, l'angelo del violoncello che suona per i malati terminali ⁴²

La capacità innata di instaurare rapporti interpersonali rapidamente permette ai professionisti della musicoterapia di stabilire un legame profondo con l'altro individuo già in una singola sessione. Il lavoro di persone come Claire è, proprio per questo, cruciale, poiché offre conforto e una sottile speranza a coloro che potrebbero aver perso ogni volontà di affrontare una situazione così travagliata.

I benefici della musicoterapia sono numerosi e diversificati.

⁴¹ Jean-Marie Gomas, coordinatore del reparto di riferimento dell'ospedale in cui suona Claire Oppert

⁴² www.repubblica.it/esteri

Tuttavia, è possibile riassumere i principali vantaggi generali come segue:

- Riduzione dello stress e dell'ansia, la musica ha un effetto calmante sul sistema nervoso, abbassando i livelli di stress e ansia. Inoltre, l'interazione attiva con la musica può distrarre la mente da pensieri negativi;
- Miglioramento dell'umore, la musica stimola la produzione di neurotrasmettitori come l'endorfina e la dopamina, associati al miglioramento dell'umore e al senso di piacere, utili soprattutto per chi soffre di depressione o altri disturbi dell'umore;
- Potenziamento delle abilità di comunicazione, la musica può fungere come forma di espressione non verbale per coloro che ne hanno difficoltà, facilitando la comunicazione, l'interazione sociale e il legame emotivo con gli altri;
- Miglioramento delle funzioni cognitive, la musica può stimolare varie aree del cervello coinvolte nella memoria, nell'attenzione, nella concentrazione e nel ragionamento. Pertanto, può essere utilizzata per migliorare le abilità cognitive come la memoria di lavoro, la pianificazione e la risoluzione dei problemi;
- Riduzione del dolore e dell'agitazione, la musica agisce come un analgesico naturale, riducendo la percezione del dolore. È in grado di placare i pazienti agitati o confusi, offrendo loro una sensazione di conforto e familiarità;
- Potenziamento delle abilità motorie, incoraggiando il movimento, la coordinazione e le abilità motorie sia fini che grossolane, pratiche particolarmente vantaggiose per le persone con disturbi neurologici o disabilità fisiche.

La musicoterapia riveste un ruolo fondamentale nell'ambito dell'intervento con i bambini, soprattutto quando gli obiettivi riguardano lo sviluppo del linguaggio e delle capacità comunicative. Quando i bambini, soprattutto i più piccoli, suonano il loro strumento preferito o uno che li motiva a comunicare, si impegnano attivamente e contribuiscono autonomamente al miglioramento delle proprie abilità linguistiche e

senso-motorie. Questo processo favorisce anche la vocalizzazione e può aiutare a controllare la salivazione eccessiva.

La musicoterapia offre il potenziale di evocare questi effetti, permettendo ai bambini di partecipare a un gioco creativo, spontaneo, centrato su di loro e collaborativo. Inoltre, la relazione terapeutica mira a espandere le abilità comunicative e interattive del bambino, incoraggiando lo scambio reciproco che apre al dialogo: questo allenamento include l'attesa del proprio turno, la comprensione del messaggio trasmesso dall'altro e la capacità di elaborarlo per rispondere nel modo migliore.

Per ottenere i risultati desiderati, tali processi richiedono il sostegno di professionisti qualificati che possano guidare le attività utilizzando metodologie e strumenti propri della tecnica impiegata.

Ad esempio, l'utilizzo di sequenze ripetitive e pause nelle canzoni familiari può motivare il bambino a partecipare attivamente e completare le frasi musicali. Allo stesso modo, la creazione di canzoni personalizzate, basate sull'immaginazione e la fantasia, può favorire un senso di identità musicale e di appartenenza personale.

I terapeuti del linguaggio e i musicoterapeuti devono collaborare sviluppando approcci sistematici in un contesto multidisciplinare. Condividendo obiettivi comuni e lavorando insieme sull'intensità, sulla velocità del linguaggio e sull'intelligibilità, possono creare un processo terapeutico flessibile ed efficace, particolarmente adatto ai bambini con disturbi del linguaggio.

«La musicoterapia ha la ricchezza di poter lavorare con il non verbale e quindi con tutta l'osservazione e tutto quello che emerge. Quindi c'è la possibilità di stare vicino alla sfera affettiva ed emotiva dei bimbi, in senso comunicativo. Un'altra cosa molto interessante è

che si vive un tempo diverso da quello dell'orologio, ossia un tempo dell'anima. In quei momenti in cui si fa musica insieme, si vive quel piccolo presente e in questo piccolo presente vediamo emergere tutti i mondi interiori dei bambini e lì i bimbi si esprimono e si vedono nascere le loro espressività e i loro caratteri»⁴³.

4.6 La musicoterapia in Italia

La Confederazione Italiana Scuole e Associazioni di Musicoterapia (CONFIAM) è stata fondata a Napoli nel 1994 con l'obiettivo di unire diverse associazioni su scala nazionale per promuovere il dialogo e sviluppare un progetto comune riguardante:

- I criteri fondamentali per la formazione in musicoterapia;
- La definizione del profilo professionale e l'istituzione di un codice deontologico;
- Lo sviluppo della ricerca nel campo della musicoterapia;
- L'organizzazione di eventi per favorire la crescita della musicoterapia italiana;
- La creazione di strumenti di comunicazione, sia cartacei che digitali, per la diffusione delle informazioni.

Attualmente, la CONFIAM riunisce 9 scuole di formazione in musicoterapia e 7 associazioni.

Nel 1998, dalla necessità di formare nuovi operatori e promuovere la ricerca, è nata la Federazione Italiana Musicoterapeuti (F.I.M.), una federazione di professionisti senza scopo di lucro. Questa iniziativa è stata avviata da un gruppo di professionisti impegnati in un progetto di musicoterapia umanistica, come l'Associazione Pedagogia Musicale e Musicoterapia (A.P.M.M.).

⁴³ www.vidas.it/storie-e-news, intervista all'arpista Silvia Meroni

Giulia Cremaschi, musicista ed esperta di pedagogia musicale, è una figura chiave all'interno della F.I.M. La sua pratica si basa sul pensiero e sulla concezione della musica come dialogo, in grado di suscitare nell'individuo il desiderio di ascolto e di apertura alla bellezza e alla novità. Cremaschi ritiene che la musica sia uno strumento efficace per entrare in contatto con persone in difficoltà, sia dal punto di vista fisico che psichico. Per la F.I.M., solo i musicisti preparati all'improvvisazione musicale comunicativa possiedono le abilità, le conoscenze e le competenze necessarie per favorire il cambiamento in queste persone.

Il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) ha riconosciuto l'eccellenza dell'approccio della Federazione Italiana Musicoterapeuti (F.I.M.) conferendole l'accreditamento definitivo a partire dal 2 agosto 2005. Attualmente, questo riconoscimento rappresenta un'unica certificazione in Italia nel campo della musicoterapia. La Professoressa Cremaschi ha giocato un ruolo attivo nella creazione della norma UNI 11592/2015, partecipando attivamente ai lavori che hanno portato alla sua definizione: «La norma definisce i requisiti relativi all'attività professionale dei Professionisti delle Arti Terapie, in termini di conoscenze, abilità e competenze»⁴⁴.

Una volta stabilita la norma, è stato avviato il processo per certificare la professionalità dei musicoterapeuti conformemente ai requisiti definiti dalla normativa.

Oltre alla Confederazione Italiana Scuole e Associazioni di Musicoterapia (CONFIAM) e alla Federazione Italiana Musicoterapeuti (F.I.M.), l'Italia vede la presenza dell'Associazione Professionale Italiana Musicoterapeuti (APIM), fondata nel 1991 all'interno del Corso Quadriennale di Musicoterapia di Assisi.

⁴⁴ store.uni.com/uni-11592-2015

L'APIM ha avuto un ruolo rilevante nella promozione dei percorsi formativi e nello sviluppo culturale e scientifico della musicoterapia nel paese. Ha inoltre cercato di stabilire collegamenti con varie discipline, sia in ambito musicologico che psicodinamico, ma anche neuroscientifico e antropologico. L'APIM ha anche incoraggiato il dibattito e il confronto con professionisti e ricercatori al di fuori del campo della musicoterapia, con l'obiettivo di evidenziare la natura multidisciplinare e l'efficacia della musicoterapia come strumento terapeutico sotto diverse prospettive.

Da menzionare è anche l'Associazione Italiana Musicoterapeuti (AIM), composta da soci provenienti da tutto il territorio nazionale. I musicoterapeuti AIM hanno acquisito un alto livello di professionalità attraverso formazioni presso diverse scuole e corsi, pubblici e privati, e hanno superato una prova di ingresso valutando le competenze professionali in conformità con la norma UNI 11592/2015 (cfr. nota 44).

I soci AIM partecipano a programmi di aggiornamento professionale continuo organizzati dall'associazione, si confrontano sulle proprie esperienze professionali nei gruppi di intervizione e di studio interni, utilizzano pratiche orientate ai processi artistici e creativi e collaborano in contesti multidisciplinari ed équipe.

Questo panorama sulle associazioni coinvolte nella pratica della musicoterapia in Italia riflette l'ampio sviluppo e l'espansione dell'arte terapia, con una crescente diffusione e riconoscimento dell'importanza delle terapie basate sulla musica.

Recentemente, le università italiane hanno, anche, iniziato ad offrire corsi di laurea e master in musicoterapia, formando professionisti qualificati nel settore. Inoltre, numerose associazioni e istituti culturali promuovono seminari e conferenze su questo argomento, contribuendo ad aumentare la conoscenza e la consapevolezza su questa disciplina.

Negli ambiti clinici e sanitari, la musicoterapia è sempre più integrata nei programmi di cura e riabilitazione, con numerosi ospedali, centri di salute mentale, strutture per anziani e centri di riabilitazione che offrono servizi di musicoterapia ai pazienti.

Inoltre, nel contesto educativo, la musicoterapia sta guadagnando terreno, con l'introduzione di programmi e progetti pilota nelle scuole per sostenere lo sviluppo sociale, emotivo e cognitivo degli studenti attraverso l'uso della musica.

In conclusione, si può affermare che la musicoterapia in Italia sta diventando sempre più diffusa e riconosciuta come una risorsa importante per il benessere e il trattamento di varie condizioni fisiche e psicologiche.

Capitolo 5: Quando la musicoterapia incontra la Trisomia 21

5.1 Benefici specifici per la Trisomia 21

La musicoterapia si concentra sull'aiuto all'acquisizione di competenze non strettamente legate alla musica, come la comunicazione, la socializzazione, la capacità di prendere decisioni e le abilità motorie.

Nel trattamento della Trisomia 21, la musicoterapia adotta percorsi sonori e musicali che partono dallo stato emotivo attuale del soggetto e si sviluppano verso specifici obiettivi terapeutici. Questi includono la capacità di comunicare con gli altri attraverso il linguaggio sonoro, l'allenamento della percezione uditiva, il potenziamento delle capacità di concentrazione, il miglioramento dell'orientamento spaziale e temporale, la promozione della consapevolezza corporea e la crescita dell'autonomia, della fiducia e dell'autostima. Inoltre, la musicoterapia favorisce anche l'espressione creativa del bambino.

L'utilizzo della musica, attraverso ritmi, sonorità, melodie, canto e movimento, rappresenta un valido e stimolante sostegno per i bambini affetti da Trisomia 21. Questo approccio permette loro di connettersi meglio con il proprio corpo, di esplorare le proprie emozioni e di migliorare la precisione e il coordinamento dei movimenti.

Tuttavia, c'è il rischio che la naturale affinità dei bambini con Trisomia 21 per la musica diventi un rifugio piuttosto che un'opportunità di crescita.

Secondo alcuni principi della musicoterapia, fare musica e cantare in modo ripetitivo, anche in gruppo, potrebbe non favorire adeguatamente il processo di apprendimento, risultando semplicemente attività ricreativa.

È importante, però, considerare che il bambino con Trisomia 21 è innanzitutto un bambino, e impara secondo i suoi tempi e modalità. Utilizzare il linguaggio dei suoni in modo attivo e mirato può favorire un coinvolgimento più intenso e portare il bambino verso concetti astratti. Pertanto, è cruciale agire sul tono emotivo e corporeo durante le interazioni musicali.

La relazione tra i suoni degli strumenti musicali e lo sviluppo del linguaggio verbale è fondamentale.

Il bambino con Trisomia 21 segue un percorso simile agli altri bambini nell'apprendimento del linguaggio e dei concetti numerici. Il compito del musicoterapeuta è comprendere quali aspetti legati al linguaggio e ai numeri siano presenti nel bambino al fine di favorire la sua esperienza e apprendimento.

Nel caso della Trisomia 21, i benefici principali della musicoterapia includono:

- Il rinforzo del tono muscolare e il miglioramento della fluidità dei movimenti;
- L'estensione dei tempi di attenzione;
- L'incremento delle capacità relazionali;
- Lo sviluppo di autocontrollo e fiducia in sé stessi;
- Lo sviluppo del linguaggio.

Per quanto riguarda il tono muscolare, particolarmente importante data la tendenza alla ipotonia nei soggetti con Trisomia 21, i trattamenti si concentrano sul miglioramento del benessere psicofisico dei bambini. Questo viene facilitato attraverso tecniche che favoriscono il rilassamento e l'armonia tra respiro e battito cardiaco.

Il contatto corporeo tra il musicoterapeuta e il paziente è fondamentale in questo processo, poiché consente un'osservazione attenta delle caratteristiche posturali e del tono muscolare. Questo contatto può rivelare un livello comunicativo di base costituito da

piccole tensioni e distensioni, movimenti sottili che possono essere percepiti solo attraverso il contatto fisico. Anche ciò che può sembrare insignificante dall'esterno può essere un'importante forma di comunicazione non verbale per il bambino, facilitando il rapporto con il proprio ambiente. La respirazione, i suoni vocali e i gesti motori semplici costituiscono il principale repertorio di espressione per i bambini con grave ipotonia. Il musicoterapeuta utilizza questi elementi per creare un dialogo sonoro che rifletta e imiti le manifestazioni corporee del bambino.

Un ambito cruciale di intervento è il contesto relazionale, spesso carente nelle situazioni di Trisomia 21, in cui la scuola può rivestire un ruolo fondamentale.

La scuola è, infatti, un ambiente ricco di esperienze, con l'apprendimento come obiettivo principale per favorire la crescita dell'individuo sotto molteplici aspetti: sociali, cognitivi ed emotivi. Introdurre la musicoterapia all'interno dell'ambito scolastico potrebbe essere particolarmente vantaggioso, poiché uno dei suoi principali benefici risiede, proprio, nello sviluppo delle capacità emotive e relazionali, risultando quindi prezioso per l'intero contesto della classe, non solo per chi ha maggiori difficoltà.

La scuola è, per definizione, l'ambiente facilitatore nel promuovere e consolidare relazioni significative all'interno di gruppi. È qui che si verificano i primi contatti sociali attraverso il gruppo primario dei coetanei. La scuola si propone quindi di integrare attraverso un lavoro di gruppo, mettendo in contatto storie diverse e molteplici differenze.

La musica riveste un ruolo integrativo nelle dinamiche di gruppo, poiché i suoi effetti sull'individuo e sul gruppo sono interconnessi: quando un membro del gruppo produce musica, influisce sugli altri partecipanti, e viceversa, quando la musica diventa un'entità collettiva, essa influisce sulla musica di ogni singolo membro. Una delle funzioni principali della musicoterapia di gruppo è quella di instaurare una cultura basata su una

comunicazione non verbale, favorendo un contatto e una relazione significativa tra i partecipanti. Questo processo si realizza attraverso l'espressione di stati d'animo e la consapevolezza delle dinamiche relazionali all'interno del gruppo, facilitata dall'esperienza positiva evocata dall'estetica musicale.

Nel contesto della musicoterapia con pazienti in età scolare, risultano cruciali la presenza e l'utilizzo di tutti gli elementi comunicativi, sonoro-musicali e relazionali: movimento, canto e suono, aspetti fondamentali non solo nei trattamenti con bambini, ma anche con soggetti adulti. Nei bambini si riscontrano gli stessi aspetti presenti negli adulti, poiché in entrambi i casi si cerca di accedere a modalità comunicative sonore primarie, preferibilmente non verbali, tipiche dei primi stadi dello sviluppo. Non sono, quindi, i bambini ad assomigliare agli adulti, ma sono gli adulti che, per sfruttare appieno le potenzialità comunicative del suono, devono ritrovare la loro natura infantile.

Per i bambini con difficoltà comunicative, è essenziale aiutarli a riattivare queste modalità in un processo graduale, che rafforzi il loro senso di sé e la loro fiducia nell'ambiente circostante. In questo contesto, ogni segnale (corporeo, sonoro, verbale, non verbale) contribuisce a creare un ambiente relazionale sicuro e protettivo, senza però indulgere in un regresso.

È importante rispettare i tempi individuali di ciascuno, trasmettendo il concetto che il tempo comprende anche la ripetizione, consentendo la creazione di aspettative, l'instaurazione di punti di riferimento e l'incoraggiamento all'esplorazione dell'ambiente e, di conseguenza, delle relazioni con gli altri e della vita in generale.

5.2 Testimonianze

Questa sezione dell'elaborato è dedicata alla presentazione di alcune esperienze dirette di musicoterapia con bambini e ragazzi con Trisomia 21.

Proprio perché il connubio non è molto usuale e comune, portare a conoscenza di benefici pratici e vissuti, potrebbe essere un incentivo verso l'espansione della pratica con questo tipo di pubblico.

5.2.1 L'Associazione Down Friuli-Venezia Giulia e il loro progetto di musicoterapia

L'Associazione Down Friuli-Venezia Giulia nasce nel 1991 come onlus per iniziativa di alcune famiglie, per poi trasformarsi nel 2013 in una Fondazione. Sempre nel 2013, infine, è stata costituita l'Associazione Down Friuli-Venezia Giulia – sezione Pordenone – Onlus.

Questa è un'organizzazione di volontariato formata dai genitori e dai familiari di persone con Trisomia 21 e/o disabilità intellettiva ed è basata sulla partecipazione attiva dei suoi componenti.

I progetti proposti sono, principalmente, dedicati all'età infantile, agli adolescenti e ai giovani adulti, con un attivo coinvolgimento di famiglie, scuola e delle Istituzioni in generale.

Lo scopo dell'Associazione con i progetti presentati è quello di fornire sostegno psicologico, consulenza pedagogica, informazioni suggerimenti e appoggi pratici, occasioni di incontro e di scambio di esperienza sin dalla nascita di un bambino con Trisomia 21. Inoltre, si propone di accompagnare e sostenere le famiglie dal punto di vista educativo, di collaborare con le Istituzioni pubbliche e private per favorire l'inclusione e partecipazione nelle scuole, nel lavoro, nella vita sociale e nello sport. Infine, ha

l'obiettivo di attivare azioni di sensibilizzazione pubblica per tutelare e promuovere i diritti delle persone con Trisomia 21.

«Quando mi incontri rispetta i miei limiti e riconosci le mie tante capacità, sarò in grado di sorprenderti»⁴⁵.

Il progetto di musicoterapia proposto dall'Associazione nasce nell'agosto 2021: inizialmente per sopperire alla mancanza di relazione che la situazione del COVID-19 aveva causato, successivamente, dato il grande successo ottenuto, il percorso è continuato negli anni e continua ancora ora. Con questo progetto si vuole provare a dare una nuova modalità comunicativa non verbale a tutti quei bambini/ragazzi e giovani adulti con Trisomia 21 o altre disabilità intellettive che hanno difficoltà nel canale verbale. Inoltre, permette di incrementare la possibilità di fare esperienze di relazione sociale e inclusione sviluppando le attività, anche, in un gruppo di amici e/o coetanei.

Il progetto possiede due percorsi:

1. Il primo è dedicato ai bambini e ragazzi in età scolare, prevede incontri individuali con la musicoterapeuta, la Dott.ssa Francesca Zanini, seguiti da incontri di gruppo/di coppia, che coinvolgono il bambino/ragazzo e uno o più amici e/o compagni di classe.

L'obiettivo del lavoro di gruppo è quello di arricchire le capacità espressive e relazionali, integrandole con la socializzazione e la promozione dell'inclusione.

⁴⁵ www.downfvg.it/la-associazione/



Figura 12_ Un incontro di coppia durante una seduta di musicoterapia ⁴⁶

Tutti i bambini che si interfacciano con questo progetto iniziano, dunque, con un ciclo (dieci sedute) individuali, per poi passare al percorso di gruppo. Ovviamente, però, questo secondo tipo di lavoro prevede una valutazione circa la sua utilità, che, se scarsa, riporta a degli incontri individuali o alla modifica del gruppo con cui svolgere gli incontri.

2. Il secondo, invece, è dedicato a un gruppo di giovani adulti con Trisomia 21 e altre disabilità intellettiva: prevede attività volte a esplorare i linguaggi espressivi attraverso la musica.

L'obiettivo è stimolare la socializzazione e fornire loro un ulteriore strumento di comunicazione, nonché un mezzo per riconoscere e comprendere le proprie emozioni e il modo personale di esprimerle.

⁴⁶ www.downfvg.it/progetti/percorso-di-musicoterapia-il-suono-come-strumento-socio-relazionale-2/

5.2.2 Intervista alla Dottoressa Zanini e alle famiglie

Il progetto di musicoterapia presso l'Associazione Down Friuli-Venezia Giulia è condotto dalla musicoterapeuta Francesca Zanini. Lei insieme con cinque famiglie che seguono il percorso si sono resi disponibili a rispondere ad alcune domande in modo da rilasciare delle testimonianze reali su quanto ipotizzato circa i benefici della musica per i bambini con Trisomia 21.

L'intervista ha avuto tre modi diversi di operare: la Dott.ssa ha risposto alle domande proposte tramite un file Word, la mamma di T. ha risposto oralmente attraverso una chiamata telefonica, infine le altre famiglie hanno risposto tramite un Google Forms preparato appositamente.

Per quanto riguarda l'intervista fatta alla Dottoressa, le domande, inizialmente, si sono focalizzate sul suo percorso professionale e formativo e su come abbia iniziato a praticare musicoterapia, per poi passare a informazioni specifiche circa il progetto con l'Associazione e i benefici maggiori che negli anni ha riscontrato.

Per quanto riguarda il suo percorso educativo, si è indirizzata maggiormente su una formazione relativa al Modello Benezon (cfr. pag. 66) presso il Centro Benezon di Torino.

Circa, invece, quello professionale, la Dottoressa segue vari percorsi di musicoterapia: per adulti con disabilità mentali, per bambini della Scuola dell'Infanzia e Asilo Nido, per bambini e ragazzi con diverse patologie (4/8 con Disturbo dello Spettro Autistico) presso la Sede Polinote e collabora con la Cooperativa Sociale Foenis in cui svolge degli incontri di gruppo nelle case famiglie per anziani. Infine, dal 2021, è impegnata nel progetto "Percorso di musicoterapia: il suono come strumento socio-relazionale" rivolto a bambini e ragazzi in età scolare e giovani adulti presso l'Associazione Down FVG.

Durante la pratica le sue sedute sono caratterizzate da un momento “attivo” e da uno “recettivo”. Il primo momento è dedicato all’impiego del corpo nel movimento e nella diretta produzione musicale, anche attraverso l’utilizzo degli strumentari Orff («composto da strumenti a percussione ritmici, come ad esempio tamburi, campanacci e triangoli, strumenti a percussione melodici, come metallofoni e xilofoni oltre alla creazione di materiale popolare come detti e filastrocche»⁴⁷): «In questo caso l’interazione tra me e gli utenti avviene tramite la produzione diretta di suoni utilizzando strumenti musicali, oggetti o semplicemente il corpo e mira ad aprire nuovi canali di comunicazione e a ristrutturare quelli distorti»⁴⁸. Il secondo momento è un’esperienza di tipo recettivo, basata sull’ascolto e sulla ricezione di musica: «Qui lo stimolo sonoro opera direttamente sia come “evento” che provoca risposte, oppure sollecitando un processo terapeutico di cambiamento»⁴⁹. I pazienti, dunque, sono impiegati in due modalità differenti, con la possibilità di trovare quella più giusta per sé stessi, ma anche con l’occasione di provare qualcosa di diverso e di avere nuovi stimoli verso esperienze nuove.

Le sue sedute non seguono uno schema preciso: partono tutte da un colloquio conoscitivo, durante il quale la professionista compila una scheda per la raccolta di dati (scheda di anamnesi sonoro musicale) fondamentale per poter impostare le sessioni successive, caratterizzate da momenti di osservazione diretta del bambino/ragazzo, al fine di ampliare la conoscenza del soggetto. Le sedute poi variano in base agli obiettivi specifici imposti e possono spaziare da giornate di esplorazione dello strumentario, all’improvvisazione libera (individuale o di gruppo), all’utilizzo di brani rappresentativi per la persona, all’uso

⁴⁷ accademiamusicale.eu/metodo-orff

⁴⁸ Parole della Dott.ssa Zanini durante la sua intervista in risposta alla domanda “Quale modello di musicoterapia ha scelto per il lavoro con i pazienti? Sono sedute individuali o di gruppo?”

⁴⁹ Parole della Dott.ssa Zanini durante la sua intervista in risposta alla domanda “Quale modello di musicoterapia ha scelto per il lavoro con i pazienti? Sono sedute individuali o di gruppo?”

dei componenti della musica per riscontri terapeutici (emotivi, motori, comportamentali o percettivi), all'abbinamento musica ed espressività corporea/pittorica/grafica e, infine, all'utilizzo di materiali non musicali per la stimolazione sensoriale e comprensione.

Durante l'intervista l'accento è stato posto, in particolar modo, sui benefici riscontrati negli anni.

La Dottoressa ha sottolineato la vastità dei successi ottenuti grazie alla musica, in particolar modo ha spiegato di aver osservato un miglioramento delle capacità espressive e l'apertura di un nuovo canale comunicativo quando quello verbale è deficitario; ha specificato quanto la musica sia basilare per il riconoscimento ed espressione delle proprie emozioni e sensazioni, dando libertà e senso di non-giudizio; successivamente, ha evidenziato l'importanza del "senso di benessere" che la musica crea, sia a livello emotivo, che a livello di senso di gratificazione e soddisfazione personale.

Infine, non perché meno importante, ha messo in rilievo quanto sia significativo l'uso del sonoro per favorire processi di inclusione e socializzazione: non a caso la Dottoressa dopo un ciclo (10 sedute) individuali propone un percorso di gruppo, solitamente composto da 2/3 persone, così che il bambino con Trisomia 21 possa abituarsi all'idea di condividere qualcosa di personale e importante con un amico, un compagno di classe e, in generale, con un coetaneo. L'effetto è sicuramente positivo, in quanto permette lo sviluppo del senso di auto-efficacia, che spesso in questi bambini scarseggia.

L'intervista alla Dott.ssa Zanini è andata a confermare le ipotesi iniziali della significatività della musica anche per bambini e ragazzi con Trisomia 21.

Ha dato conferma agli enormi riscontri che essa può avere sia a livello fisico, che linguistico, emotivo e, soprattutto, a livello di socializzazione. Il progetto dell'Associazione ha, infatti, come primo fine proprio l'inclusione, poiché il

lavoro di gruppo e lo star bene in gruppo favorisce grandi passi avanti sotto tutti gli altri aspetti personali.

Anche l'intervista proposta ai genitori ha dato conferma ai presupposti iniziali.

Le famiglie coinvolte sono state cinque, genitori di: Y. 25 anni, C. 6 anni, E. 8 anni, E. 15 anni e T. 8 anni. Tutte e cinque hanno dichiarato di aver conosciuto l'Associazione tramite ricerche su internet o grazie alla promozione da dei professionisti esterni sin dalla nascita dei bambini e che hanno iniziato il percorso di musicoterapia con la Dott.ssa Zanini sin da quando questo è stato avviato nel 2021.

Hanno raccontato che la principale motivazione ad intraprendere tale percorso è arrivata dalla propensione dei bambini stessi per la musica: «È cresciuta ascoltando tanto delle canzoni e suonando gli strumenti musicali nella sua stanzetta. Essendo una bambina timida speravamo che tramite la musica potesse aprirsi verso altri bimbi»⁵⁰ dichiara la mamma di C.; l'unico diverso è il caso di Y., arrivato in Italia già abbastanza grande, ha iniziato il percorso di musicoterapia nel momento dell'adolescenza, per sopperire a un periodo buio e molto difficile, «Mio figlio ha avuto un periodo molto difficile con l'adolescenza e la scuola superiore, ha manifestato chiusura verso tutti; ero convinta che la musica, che piaceva da sempre ascoltare, può essere molto utile per farlo stare meglio»⁵¹ afferma la mamma.

Tutti i bambini e ragazzi hanno seguito inizialmente un ciclo individuale di dieci sedute, in cui si sono interfacciati con la Dott.ssa Zanini con canti, giochi musicali, danze e improvvisazioni. Successivamente hanno intrapreso il percorso di gruppo: la presenza di un compagno o di un gruppetto di amici è stata molto positiva per tutti e cinque i bambini,

⁵⁰ Parole della mamma di C. 6 anni durante l'intervista in risposta alla domanda "Perché avete deciso di iniziare questo percorso? Quali erano i risultati che desideravate ottenere?"

⁵¹ Parole della mamma di Y. 25 anni durante l'intervista in risposta alla domanda "Perché avete deciso di iniziare questo percorso? Quali erano i risultati che desideravate ottenere?"

in quanto hanno potuto sperimentare competenze relazionali e sociali nuove, mettendosi in gioco e cercando ad esprimere emozioni e sensazioni mai provate (dedotto dalle risposte dei genitori alla domanda “Che tipo di percorso segue il/la bambino/a (ragazzo/a)? Sia individuali che di gruppo?”).

Una parte molto interessante dell'intervista risiede nelle ultime due domande, rispettivamente “Gli obiettivi sono stati raggiunti? In particolare, in quale ambito?” e “Quali cambiamenti avete notato nel/nella vostro/a figlio/a?”.

Due famiglie su tre rispondono di non essersi poste degli obiettivi iniziali, ma di aver deciso di iniziare il percorso come «modo per fare attività oltre la scuola»⁵². Le altre tre risposte fanno riferimento, invece, a degli obiettivi molto generici, in particolar modo circa l'aspetto emotivo, sociale e personale: per la sicurezza in sé e l'autostima, «Sta volentieri con la sua compagna di musicoterapia, è più aperta e meno timida rispetto agli anni precedenti»⁵³.

L'intervista si conclude con una domanda circa i maggiori cambiamenti notati nei figli grazie a questo percorso. Da qui emerge chiaramente che benefici più significativi sono stati nel campo sociale e relazionale, in quanto tutti e cinque i coinvolti hanno acquisito maggiore sicurezza in sé stessi, maggior autostima e senso di auto-efficacia.

La mamma di T. durante l'intervista afferma proprio che un motivo per cui hanno deciso di iniziare questo percorso è stato dimostrare a T. che “è capace a fare tante cose”, in quanto l'espressione più gettonata dal figlio era proprio quella di scoraggiamento e convinzione circa la sua incapacità. Grazie alla musicoterapia e al lavoro svolto dalla

⁵² Espressione usata della mamma di T. 8 anni durante l'intervista in risposta alla domanda “Gli obiettivi sono stati raggiunti? In particolare, in quale ambito?”

⁵³ Parole della mamma di C. 6 anni durante l'intervista in risposta alla domanda “Gli obiettivi sono stati raggiunti? In particolare, in quale ambito?”

Dottoressa, T. ha acquisito molta autostima e, dichiara la mamma, «Ora si diverte a suonare gli strumenti e anche a cantare, con qualche insicurezza circa l'uso del microfono, step successivo da raggiungere»⁵⁴.

Per quanto i riscontri sociali ed emotivi siano quelli maggiormente evidenziati, non va tralasciata una riflessione della mamma di Y., la quale afferma che «Ha più voglia di comunicare, parlare, scherzare, ha voglia di fare le cose, aperto verso nuove relazioni, guarda negli occhi mentre parla con qualcuno e soprattutto di buon umore»⁵⁵.

Questo aspetto non è da sottovalutare, in quanto uno dei campi importanti su cui si può intervenire grazie alla musicoterapia è proprio la comunicazione linguistica (cfr. pag. 74 “Campi di applicazione” della musicoterapia), poiché la musicalità e il senso del ritmo del sonoro e degli strumenti musicali possono favorire l'acquisizione e l'accrescimento delle capacità linguistiche, in particolare modo quelle prosodiche, fondamentali per una buona competenza fonologica e linguistica.

Come si può notare, dunque, da quanto riportato, anche le testimonianze dirette dei genitori, confermano quanto l'attività della musicoterapia con bambini e ragazzi con Trisomia 21 diventi uno strumento centrale nello sviluppo e incremento di tutte quelle capacità e competenze che, causa disturbo cromosomico, possono essere deficitarie.

⁵⁴ Parole della mamma di T. durante l'intervista in risposta alla domanda “Quali cambiamenti avete notato nel/nella vostro/a figlio/a?”

⁵⁵ Parole della mamma di Y. durante l'intervista in risposta alla domanda “Quali cambiamenti avete notato nel/nella vostro/a figlio/a?”

Capitolo 6: Attività esempio

Successivamente a un attento studio della Trisomia 21 e della tecnica della musicoterapia, in questo ultimo capitolo dell'elaborato vengono rese note alcune attività pratiche che potrebbero essere funzionali al miglioramento della qualità di vita delle persone in cui si presenti questa particolare condizione.

Assieme alla spiegazione di quanto viene proposto, per ogni attività sono specificati gli obiettivi che si punterebbe ad ottenere lavorando in maniera molto mirata.

Per un lavoro ottimale è importante assicurarsi sempre di adattare le attività alle esigenze reali di ogni bambino, sfruttando al massimo le sue capacità e stimolando i suoi interessi, al fine di rendere unico, personalizzato e, soprattutto, il più coinvolgente ed efficace possibile il lavoro svolto.

È molto importante, anche, il modo in cui si struttura il setting di lavoro: bisogna renderlo accogliente e familiare, così che i bambini si sentano bene al suo interno, sarebbe molto utile che i bambini stessi potessero scegliere cosa inserirvi così che diventi preparato "ad hoc" per ogni singolo paziente. Inoltre, l'ambiente deve essere totalmente accessibile e inclusivo, così che anche chi presenta maggiori difficoltà fisiche e motorie possa accedervi senza problemi.

Fondamentale risulta, infine, coinvolgere attivamente i genitori e i coetanei, incoraggiandoli a partecipare e a provare a seguire una seduta con il bambino, supportando i progressi fatti dal soggetto anche al di fuori del contesto della sessione di musicoterapia.

I campi di applicazione su cui si va a lavorare maggiormente sono:

- Socializzazione;
- Movimento;
- Linguaggio;
- Emozioni.

6.1 Socializzazione

Dal punto di vista relazionale, è stato sottolineato come i bambini con Trisomia 21 abbiano delle carenze nella capacità di entrare in contatto con gli altri, sia che siano genitori sia che siano coetanei. Dato il grande potere unificatore della musica, essa è un grande mezzo per poter aiutare il bambino a sviluppare una maggiore facilità nel socializzare e provare a condividere del tempo e delle esperienze con altre persone.

Attività semplici come quelle che seguono potrebbero essere di grande supporto a questo fine.

Attività 1

<u>ATTIVITÀ</u>	<u>N° PARTECIPANTI</u>	<u>TEMPO</u>	<u>SPAZI NECESSARI</u>
<i>Suonare strumenti musicali in gruppo</i>	Da 2 partecipanti, esclusa la musicoterapeuta	Tra i 10 e 20 minuti (variabile anche in base all'interesse dimostrato dai partecipanti)	L'attività si può svolgere nello spazio adibito alla seduta di musicoterapia, senza necessità di spazi specifici
	<u>MATERIALI</u>	<u>DESCRIZIONE</u>	<u>OBIETTIVO</u>
	Strumenti musicali vari (tamburelli, campane, maracas, triangolo, percussioni...)	I bambini possono così esplorare il suono e il ritmo degli strumenti in modo creativo, adattando ai propri interessi la musica prodotta	Incoraggiare la partecipazione attiva di tutti i componenti, conoscere i gusti musicali di ciascuno e fare gruppo

Attività 2

<u>ATTIVITÀ</u>	<u>N° PARTECIPANTI</u>	<u>TEMPO</u>	<u>SPAZI NECESSARI</u>
<i>Esperienze corali</i>	Da 2 partecipanti, esclusa la musicoterapeuta	Tra i 10 e 20 minuti (variabile anche in base all'interesse dimostrato dai partecipanti)	L'attività si può svolgere nello spazio adibito alla seduta di musicoterapia, senza necessità di spazi specifici
	<u>MATERIALI</u>	<u>DESCRIZIONE</u>	<u>OBIETTIVO</u>
	Voce dei bambini, tracce musicali, eventuali testi di canzoni (volendo, con gruppi più avanzati si può aggiungere lo strumento musicale)	Con una semplice base neutra o di una canzone, si può stimolare la coppia o piccolo gruppo di bambini a improvvisare assieme, anche attraverso semplici filastrocche o piccole canzoncine in cui vanno ripetute le strofe	Cantare in gruppo promuove il senso di appartenenza e offre un'opportunità per i partecipanti di connettersi attraverso la musica

Attività 3

<u>ATTIVITÀ</u>	<u>N° PARTECIPANTI</u>	<u>TEMPO</u>	<u>SPAZI NECESSARI</u>
<i>Giochi di improvvisazione di danza</i>	Da 2 partecipanti, esclusa la musicoterapeuta	Tra i 10 e 20 minuti (variabile anche in base all'interesse dimostrato dai partecipanti)	L'attività si può svolgere nello spazio adibito alla seduta di musicoterapia, senza necessità di spazi specifici
	<u>MATERIALI</u>	<u>DESCRIZIONE</u>	<u>OBIETTIVO</u>
	Corpo dei bambini	Attraverso l'ascolto di una base si possono lasciare liberi i bambini di muoversi nello spazio, danzare e creare coreografie da poter riprodurre insieme	Creare gruppo e dare la possibilità di esprimersi liberamente e in maniera creativa

Attività 4

<u>ATTIVITÀ</u>	<u>N° PARTECIPANTI</u>	<u>TEMPO</u>	<u>SPAZI NECESSARI</u>
<i>Ballo in cerchio</i>	Da 10 partecipanti, esclusa la musicoterapeuta, possibilmente anche con i genitori	Almeno 20 minuti (variabile anche in base all'interesse dimostrato dai partecipanti)	Possibilmente uno spazio aperto
	<u>MATERIALI</u>	<u>DESCRIZIONE</u>	<u>OBIETTIVO</u>
	Corpo dei partecipanti	Si balla in cerchio, con una persona alla volta che si pone al centro di esso e riproduce dei movimenti, seguendo il ritmo della musica, che tutti gli altri devono imitare	Creare senso di appartenenza a un gruppo, divertirsi e muoversi liberamente nello spazio. Nel mentre si può lavorare su capacità di imitazione e riproduzione dei movimenti

Attività 5

<u>ATTIVITÀ</u>	<u>N° PARTECIPANTI</u>	<u>TEMPO</u>	<u>SPAZI NECESSARI</u>
<i>Attività di gruppo in classe</i>	In base al gruppo-classe (numerosità e gestibilità), svolgibili con una parte a giro o con totalità	Tempo gestibile in base agli accordi con l'insegnante, ma sarebbe preferibile almeno un'ora	Classe in cui si propongono le attività e, se disponibile, uno spazio aperto o palestra
	<u>MATERIALI</u>	<u>DESCRIZIONE</u>	<u>OBIETTIVO</u>
	Materiali che variano in base alle attività proposte, nel caso di quelle sopracitate materiali inseriti in tabella	Nel momento in cui un bambino è inserito in una classe è molto funzionale provare a seguire delle sessioni anche nello spazio scolastico stesso. In questo modo i compagni potrebbero sentirsi più a loro agio, essendo in uno spazio a loro conosciuto, lasciandosi guidare dalla musica senza la timidezza e vergogna.	Quando un bambino è inserito nelle classi è molto significativo il lavoro di gruppo, in quanto permette di condividere delle esperienze e del tempo che non sempre è possibile passare assieme

6.2 Movimento

Dal punto di vista motorio, i bambini con Trisomia 21 hanno dei deficit soprattutto a livello di tono muscolare (ipotonia) e di fluidità nei movimenti. Semplici attività e giochi seguiti dalla musica possono, se ripetuti nel tempo e con una strutturazione mirata, portare a grandi benefici da questo punto di vista, andando a migliorare, proprio sia il tono muscolare che la fluidità nei movimenti.

Semplici attività che potrebbero essere proposte.

Attività 1

<u>ATTIVITÀ</u>	<u>N° PARTECIPANTI</u>	<u>TEMPO</u>	<u>SPAZI NECESSARI</u>
<i>Canto e movimento</i>	Numero variabile, attività che si può proporre sia solo tra bambino-professionista, che in piccolo gruppo	Tra i 10 e 20 minuti (variabile anche in base all'interesse dimostrato dai partecipanti)	L'attività si può svolgere nello spazio adibito alla seduta di musicoterapia, senza necessità di spazi specifici, se disponibile anche in spazio aperto
	<u>MATERIALI</u>	<u>DESCRIZIONE</u>	<u>OBIETTIVO</u>
	Corpo e voce dei partecipanti	L'attività si propone come una semplice possibilità di muoversi liberamente nello spazio a disposizione, possibilmente seguendo il ritmo della musica presente	Stimolare il coinvolgimento e la coordinazione corporea attraverso canzoni e danze divertenti, incoraggiando i bambini a esprimersi liberamente con il movimento del corpo mentre cantano o ascoltano una base musicale

Attività 2

<u>ATTIVITÀ</u>	<u>N° PARTECIPANTI</u>	<u>TEMPO</u>	<u>SPAZI NECESSARI</u>
<i>Giochi di improvvisazione di danza</i>	Numero variabile, attività che si può proporre sia solo tra bambino-professionista, che in piccolo gruppo	Tra i 10 e 20 minuti (variabile anche in base all'interesse dimostrato dai partecipanti)	L'attività si può svolgere nello spazio adibito alla seduta di musicoterapia, senza necessità di spazi specifici, se disponibile anche in spazio aperto
	<u>MATERIALI</u>	<u>DESCRIZIONE</u>	<u>OBIETTIVO</u>
	Corpo dei partecipanti	Ascoltando una base si possono lasciare liberi i bambini di muoversi, danzare e creare coreografie, sia individualmente che in gruppo. Se il movimento risulta meno deficitario, si può pensare di integrare alla danza anche l'utilizzo di alcuni semplici strumenti, per fortificare anche abilità come la coordinazione.	Stimolare il coinvolgimento e la coordinazione corporea attraverso canzoni e danze divertenti, incoraggiando i bambini a esprimersi liberamente con il movimento del corpo mentre cantano o ascoltano una base musicale

Attività 3

<u>ATTIVITÀ</u>	<u>N° PARTECIPANTI</u>	<u>TEMPO</u>	<u>SPAZI NECESSARI</u>
<i>Lezioni di danza adatte</i>	Numero variabile, attività che si può proporre sia solo tra bambino-professionista, che in piccolo gruppo	Meglio se per un'intera sessione di musicoterapia	L'attività si può svolgere nello spazio adibito alla seduta di musicoterapia, senza necessità di spazi specifici, se disponibile anche in spazio aperto
	<u>MATERIALI</u>	<u>DESCRIZIONE</u>	<u>OBIETTIVO</u>
	Corpo dei partecipanti ed eventuali materiali specifici per la danza presentata	Offrire lezioni di danza adatte che incorporano movimenti e stili di danza accessibili a tutti, coinvolgendo anche un esperto di danza. Le lezioni possono essere strutturate in modo che ogni partecipante possa sentirsi a proprio agio e competente, incoraggiando l'autostima e l'espressione creativa	Accrescere la consapevolezza corporea del bambino, migliorare l'autostima e il senso di auto-efficacia, grazie al divertimento

Attività 4

<u>ATTIVITÀ</u>	<u>N° PARTECIPANTI</u>	<u>TEMPO</u>	<u>SPAZI NECESSARI</u>
<i>Ballo in cerchio</i>	Da 10 partecipanti, esclusa la musicoterapeuta, possibilmente anche con i genitori	Almeno 20 minuti (variabile anche in base all'interesse dimostrato dai partecipanti)	Possibilmente uno spazio aperto
	<u>MATERIALI</u>	<u>DESCRIZIONE</u>	<u>OBIETTIVO</u>
	Corpo dei partecipanti	Si balla in cerchio, con una persona alla volta che si pone al centro di esso e riproduce dei movimenti, seguendo il ritmo della musica, che tutti gli altri devono imitare	Creare senso di appartenenza a un gruppo, divertirsi e muoversi liberamente nello spazio. Nel mentre si può lavorare su capacità di imitazione e riproduzione dei movimenti

6.3 Linguaggio

Anche per quanto riguarda gli aspetti del linguaggio, molto spesso in bambini con Trisomia 21 questo può risultare deficitario o di difficile comprensione ed espressione. Semplici giochi linguistici possono aumentare la capacità nel produrre i suoni e, di conseguenza, migliorare le possibilità linguistiche del soggetto. Inoltre, stimolando il bambino con la musica, non si sentirà sotto “apprendimento”, ma divertendosi otterrà buoni miglioramenti da questo punto di vista.

Attività semplici che possono favorire piccoli o grandi benefici.

Attività 1

<u>ATTIVITÀ</u>	<u>N° PARTECIPANTI</u>	<u>TEMPO</u>	<u>SPAZI NECESSARI</u>
<i>Creazione di canzoni personalizzate</i>	Numero variabile, attività che si può proporre sia solo tra bambino-professionista, che in piccolo gruppo	Tra i 10 e 20 minuti (variabile anche in base all'interesse dimostrato dai partecipanti)	L'attività si può svolgere nello spazio adibito alla seduta di musicoterapia, senza necessità di spazi specifici
	<u>MATERIALI</u>	<u>DESCRIZIONE</u>	<u>OBIETTIVO</u>
	Voce dei bambini ed eventuali strumenti con cui accompagnare le composizioni musicali	Improvvisare canzoni personalizzate che riflettano gli interessi e le esperienze dei bambini	Sentirsi coinvolti e valorizzati mentre esplorano la propria identità attraverso la musica e, nel mentre, poter esprimersi oralmente con la possibilità di migliorare le proprie abilità linguistiche, sia nella fluenza che nell'ampiezza di vocabolario

Attività 2

<u>ATTIVITÀ</u>	<u>N° PARTECIPANTI</u>	<u>TEMPO</u>	<u>SPAZI NECESSARI</u>
<i>Improvvisazione musicale</i>	Numero variabile, attività che si può proporre sia solo tra bambino-professionista, che in piccolo gruppo	Tra i 10 e 20 minuti (variabile anche in base all'interesse dimostrato dai partecipanti)	L'attività si può svolgere nello spazio adibito alla seduta di musicoterapia, senza necessità di spazi specifici
	<u>MATERIALI</u>	<u>DESCRIZIONE</u>	<u>OBIETTIVO</u>
	Voce dei bambini ed eventuali strumenti con cui accompagnare le composizioni musicali	I bambini possiedono la libertà di improvvisare con la voce, accompagnandosi anche con gli strumenti, esprimendo le proprie emozioni e sensazioni e inventando anche semplici canzoni	Incoraggiare la creatività e l'autonomia, oltre a favorire lo sviluppo delle abilità motorie e cognitive

Attività 3

<u>ATTIVITÀ</u>	<u>N° PARTECIPANTI</u>	<u>TEMPO</u>	<u>SPAZI NECESSARI</u>
<i>Esperienze corali</i>	Da 2 partecipanti, esclusa la musicoterapeuta	Tra i 10 e 20 minuti (variabile anche in base all'interesse dimostrato dai partecipanti)	L'attività si può svolgere nello spazio adibito alla seduta di musicoterapia, senza necessità di spazi specifici
	<u>MATERIALI</u>	<u>DESCRIZIONE</u>	<u>OBIETTIVO</u>
	Voce dei bambini, tracce musicali, eventuali testi di canzoni (volendo, con gruppi più avanzati si può aggiungere lo strumento musicale)	Con una semplice base neutra o di una canzone, si può stimolare l'improvvisazione, anche attraverso semplici filastrocche o piccole canzoncine in cui vanno ripetute le strofe	Cantare può migliorare le abilità linguistiche dei bambini, dandogli la possibilità di diventare più fluenti e di acquisire migliori abilità anche nel vocabolario

6.4 Emozioni

Le difficoltà che i bambini con Trisomia 21 hanno dal punto di vista relazionale spesso derivano, o comunque sono legate, a problemi nel dimostrare le proprie emozioni e sensazioni. Questo limite, infatti, li può ostacolare nel successivo rapporto con un coetaneo, amico o compagno di classe, tendendo a isolarsi e a preferire attività individuali e in solitaria. È molto importante, invece, insegnare e lavorare su questo aspetto emotivo, in quanto può avere anche grandi ripercussioni dal punto di vista relazionale con i genitori, banalmente nel momento di esternazione di un malessere che sia fisico o psicologico.

Tutte le attività precedentemente citate possono avere ottimi risvolti anche sotto l'aspetto emotivo, in quanto nel momento in cui il bambino si mette in gioco in qualunque attività gli venga proposta, immediatamente prova sensazioni che siano piacevoli o meno. Risulta fondamentale, nel momento in cui l'obiettivo principale riguarda le emozioni, assecondare le volontà del bambino senza costringerlo a situazioni non gradite, in quanto si otterrebbe un risultato completamente opposto.

Altre attività più mirate sulle emozioni.

Attività 1

<u>ATTIVITÀ</u>	<u>N° PARTECIPANTI</u>	<u>TEMPO</u>	<u>SPAZI NECESSARI</u>
<i>Indovina l'emozione</i>	Numero variabile, attività che si può proporre sia solo tra bambino-professionista, che in piccolo gruppo. Essendo un'attività centrata sulle emozioni, il grande gruppo è sconsigliato, in quanto rischierebbe di essere un vincolo alla libera espressione dei partecipanti	Tra i 10 e 20 minuti (variabile anche in base all'interesse dimostrato dai partecipanti). Essendo un gioco molto personale, non bisognerebbe eccedere nel tempo, in quanto rischierebbe di diventare troppo invadente sul piano emotivo stesso	L'attività si può svolgere nello spazio adibito alla seduta di musicoterapia, senza necessità di spazi specifici

	<u>MATERIALI</u>	<u>DESCRIZIONE</u>	<u>OBIETTIVO</u>
	Non sono richiesti materiali specifici, solo brani un po' significativi che possono evocare (anche in maniera chiara) una determinata emozione	Si fa ascoltare al bambino una selezione di brani musicali, chiedendo di capire l'emozione che esprime (si possono anche usare i personaggi del cartone animato Inside Out per provare a coinvolgere maggiormente i bambini). Si può anche chiedere di condividere le sensazioni e le immagini che la musica gli fa provare o venire in mente	L'obiettivo delle attività sulle emozioni è quello di provare a conoscere meglio il bambino (o il piccolo gruppo), dando la possibilità a chi partecipa di potersi far conoscere e di sentirsi libero di esprimere le proprie sensazioni senza il timore di essere "giudicato"

Attività 2

<u>ATTIVITÀ</u>	<u>N° PARTECIPANTI</u>	<u>TEMPO</u>	<u>SPAZI NECESSARI</u>
<i>Riproduzione di emozioni</i>	Numero variabile, attività che si può proporre sia solo tra bambino-professionista, che in piccolo gruppo. Essendo un'attività centrata sulle emozioni, il grande gruppo è sconsigliato, in quanto rischierebbe di essere un vincolo alla libera espressione dei partecipanti	Tra i 10 e 20 minuti (variabile anche in base all'interesse dimostrato dai partecipanti). Essendo un gioco molto personale, non bisognerebbe eccedere nel tempo, in quanto rischierebbe di diventare troppo invadente sul piano emotivo stesso	L'attività si può svolgere nello spazio adibito alla seduta di musicoterapia, senza necessità di spazi specifici
	<u>MATERIALI</u>	<u>DESCRIZIONE</u>	<u>OBIETTIVO</u>
	Non sono richiesti materiali troppo specifici, solo brani un po' significativi che possono evocare (anche in maniera chiara) una determinata emozione e alcuni strumenti con cui poter riprodurre l'emozione stessa	Attraverso l'utilizzo degli strumenti musicali si può provare a chiedere al bambino di individuare quale potrebbe esprimere meglio una determinata emozione; allo stesso modo si può provare a chiedere, in maniera più personale, quale secondo loro è il più adatto a una determinata situazione	L'obiettivo delle attività sulle emozioni è quello di provare a conoscere meglio il bambino (o il piccolo gruppo), dando la possibilità a chi partecipa di potersi far conoscere e di sentirsi libero di esprimere le proprie sensazioni senza il timore di essere "giudicato"

I giochi con le emozioni sono, sicuramente, più delicati e difficili da proporre, in quanto potrebbero andare a toccare in maniera più personale il bambino, con il rischio che si chiuda in sé e faccia fatica a riprendere in maniera funzionale il lavoro. Molto interessante potrebbe essere, inoltre, provare a coinvolgere un piccolo gruppo di coetanei o amici così da non focalizzare l'attenzione sul bambino con Trisomia 21. Lavorando con gli altri bambini, potrebbe sentirsi meno osservato e potrebbe riuscire a esprimere in maniera più spontanea e libera le proprie sensazioni.

6.5 La CAA come supporto comunicativo

Poiché uno degli obiettivi principali delle sessioni di musicoterapia per i bambini con Trisomia 21 è sviluppare un canale comunicativo alternativo a quello verbale, potrebbe rivelarsi molto funzionale e significativo sfruttare la CAA (Comunicazione Aumentativa Alternativa). La CAA consiste in dei pittogrammi rappresentanti le varie parole (azioni, verbi, nomi, cose) che servono per poter dialogare. Potrebbe essere utile utilizzarle durante gli incontri, in modo da offrire un ulteriore canale di comunicazione.

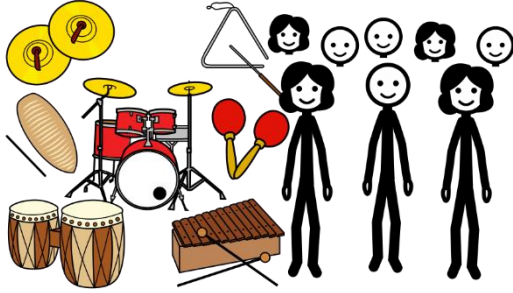
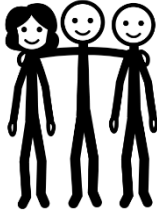
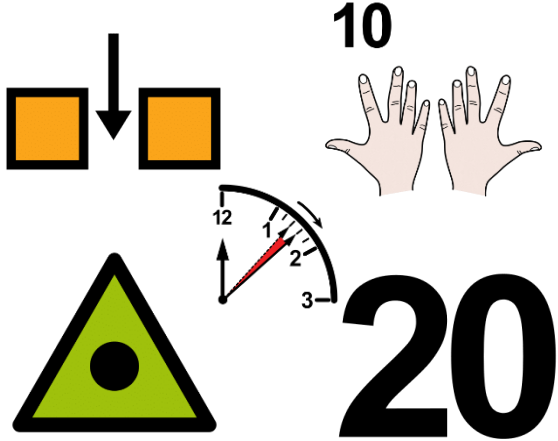


Figura 13_ Cosa è la CAA⁵⁶

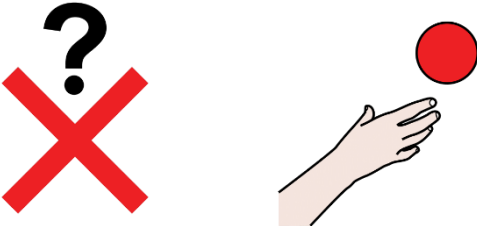
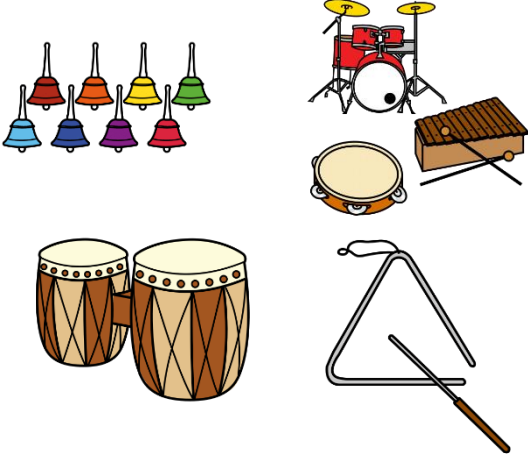
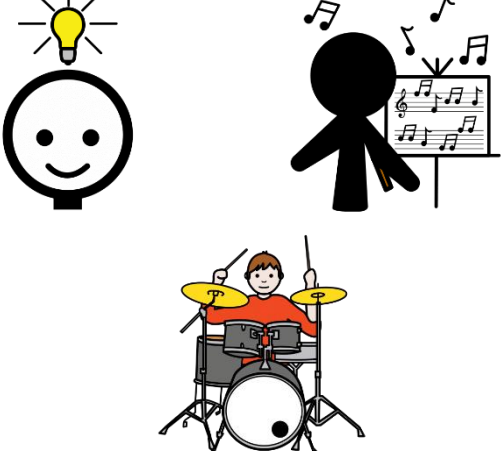
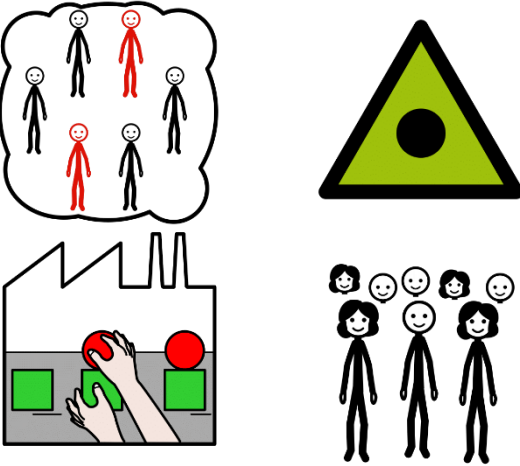
⁵⁶ www.comitatogenitoricopernico.it/iniziative/comunicazione-aumentativa-alternativa

A questo scopo la descrizione e spiegazione del gioco proposto tramite CAA sarebbe fondamentale, anche attraverso l'utilizzo di una striscia visiva in cui vengono messe in ordine le immagini delle azioni che sono da eseguire, nell'ordine di esecuzione.

Consideriamo, ad esempio, il gioco "Suonare gli strumenti musicali" (cfr. pag.96)⁵⁷.

<p><u>ATTIVITÀ</u></p>	
<p><u>N° PARTECIPANTI</u></p>	
<p><u>TEMPO</u></p>	

⁵⁷ Pittogrammi CAA presi da arasaac.org/pictograms/search/

<p><u>SPAZI NECESSARI</u></p>	
<p><u>MATERIALI</u></p>	
<p><u>DESCRIZIONE</u></p>	
<p><u>OBIETTIVO</u></p>	

Tramite la CAA si può descrivere il contesto e le modalità affinché il gioco possa essere svolto (n° partecipanti, tempi, spazi e materiali necessari). Inoltre, tramite l'uso dei pittogrammi delle azioni si può descrivere, anche, quello che i bambini sarebbero chiamati a fare e l'obiettivo che il gioco può avere.

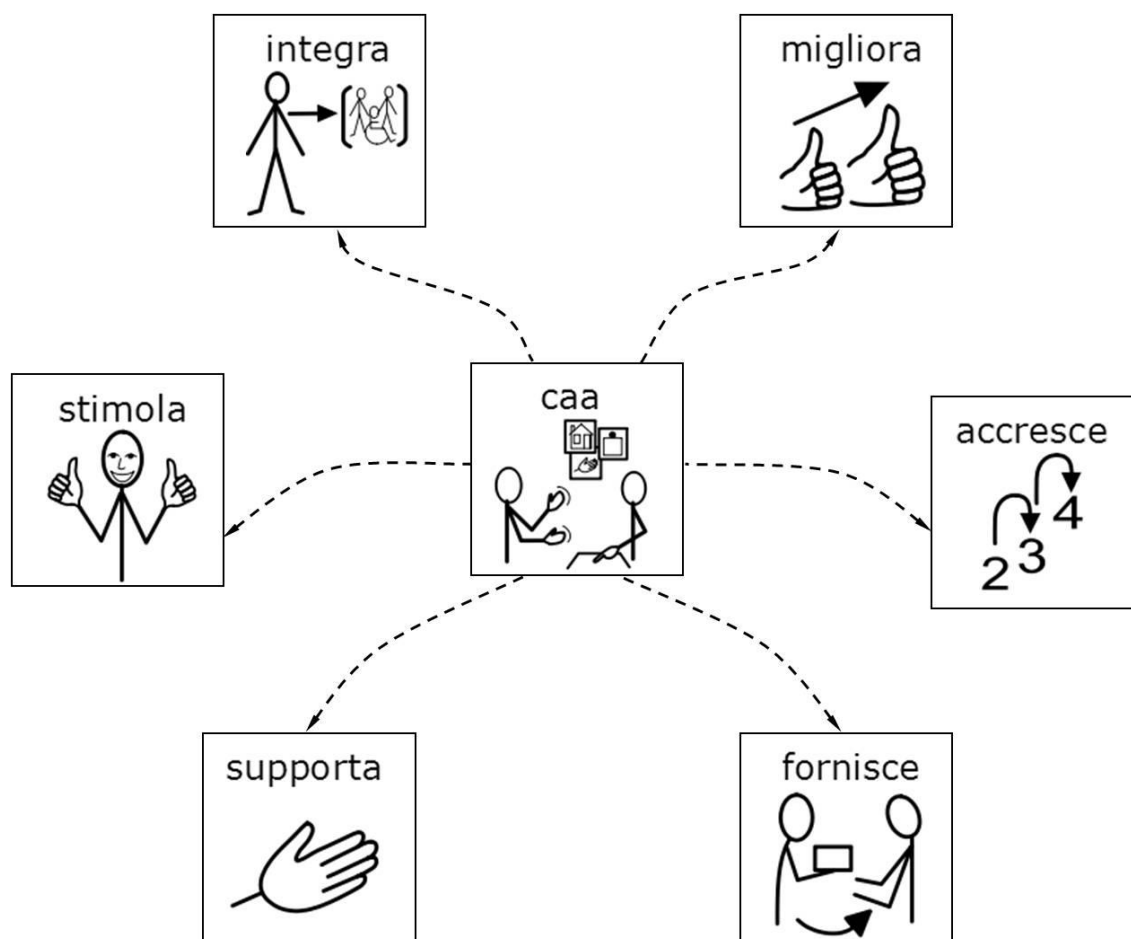


Figura 14_ I benefici della CAA ⁵⁸

Infine, un altro modo per usare la CAA potrebbe essere quello di fare cantare loro le canzoni tradotte, così da poter visualizzare il testo e dare la possibilità a coloro che hanno difficoltà linguistiche nella lettura di imparare le canzoni da riprodurre poi con i compagni e la musicoterapeuta. Molto significativo potrebbe essere, oltretutto,

⁵⁸ www.comitatogenitoricopernico.it/iniziative/comunicazione-aumentativa-alternativa

successivamente a un'attività di “*Creazione di canzoni personalizzate*” (cfr. pag.105) la traduzione di gruppo della canzone con i pittogrammi della CAA. Questa attività potrebbe far parte di un progetto di inclusione proposto alla classe in cui il bambino con Trisomia 21 è inserito.



Figura 15_ "La bella lavanderina" in CAA ⁵⁹



Figura 16_ "Girotondo" in CAA ⁶⁰

⁵⁹ cspace.spaggiari.eu/auth.php

⁶⁰ www.ilcaamaleonte.it/pdf/girogirotondo_CAA_arasaac.pdf

Conclusioni

Questo elaborato è stato scritto con lo scopo di definire i benefici che la musicoterapia può avere per i bambini con Trisomia 21.

Successivamente a un attento studio della relazione tra musica e cervello, in particolar modo nel momento in cui sia presente una disabilità intellettiva, gli effetti positivi risultano ancora più evidenti. La musicoterapia, infatti, può essere concepita, a questo fine, come uno spazio ulteriore che permette ai bambini di essere coinvolti nelle relazioni con gli altri e interagire con i coetanei e gli educatori, tramite una comunicazione non verbale.

È stato messo in evidenza come la musica possa avere tanti campi di applicazione, sia per quanto riguarda la socializzazione, il movimento, il linguaggio e anche per il campo emotivo: aspetti che sono quelli più deficitari nei bambini con Trisomia 21, con cui risulta, perciò, estremamente funzionale l'utilizzo della musica.

Partendo da queste ipotesi, verificate grazie allo studio attento da un lato della Trisomia 21 come sindrome e dall'altro della musicoterapia sotto vari punti di vista, esse sono state ancor più validate grazie alle testimonianze dirette di chi con essa lavora.

L'intervista fatta alla Dottoressa Francesca Zanini ha dato, infatti, ancora più solidità alle ipotesi iniziali: nelle sue risposte ha sottolineato come negli anni abbia riscontrato benefici su vari campi di applicazione con bambini e ragazzi con Trisomia 21. In particolar modo ha rimarcato l'ampliamento delle capacità espressive e il potenziamento e/o l'apertura di un nuovo canale comunicativo non convenzionale.

Questi benefici non sono esclusivamente a livello "didattico", ma, come ipotizzato, hanno un'importante incidenza anche dal punto di vista personale e del benessere generale del bambino. Questo aspetto è stato successivamente messo in rilievo dai genitori intervistati,

i quali hanno riportato della serenità e della tranquillità che il percorso di musicoterapia infonde nei figli.

Il viaggio che compiono assieme paziente e musicoterapeuta non ha, perciò, esclusivamente fini “personali”, ma è molto significativo il grande impatto sociale che si ottiene. La musica, con la sua grande capacità di creare gruppo, è un ottimo strumento di socializzazione che soprattutto nei bambini con più difficoltà, come possono essere quelli con Trisomia 21, deve essere sfruttato per implementare la relazione con i coetanei e per favorire i processi di inclusione.

Non a caso, come sottolinea la Dott.sa Zanini, sono proposti incontri di gruppo, durante i quali, molto spesso, all’inizio il bambino con Trisomia 21 è in difficoltà, in quanto si deve approcciare anche con qualcun altro oltre alla terapeuta. Man mano che, però, questi incontri procedono anche lui riesce a sciogliersi e a trarre soddisfazione nel lavorare in gruppo e nel poter condividere con i coetanei un momento così importante.

Proprio il senso di soddisfazione e di gratificazione personale è un altro dei grandi impatti positivi della musicoterapia. Come sottolineato dalla mamma di T. durante l’intervista, spesso i bambini con Trisomia 21 si considerano “non capaci di...”: suonare strumenti, ballare e rendersi conto di avere le capacità per fare, invece, danno loro maggiore autostima e senso di auto-efficacia, rendendoli successivamente più tranquilli nel momento di espressione di sensazioni ed emozioni.

L’intervista proposta ai genitori dei bambini ha rafforzato questa idea di necessità di relazione con gli altri e, soprattutto, dell’importanza del mezzo musicale per farlo, in quanto, con la musica nessuno giudica nessuno.

Per concludere si può, dunque, dedurre quanto l’attuazione della tecnica musicale con bambini con Trisomia 21 sia efficace. La ricchezza di risorse e di modalità di

applicazione differenti, che possono essere personalizzate in base alle caratteristiche personali del bambino e, non meno importante, in relazione agli obiettivi che terapeuta e famiglia si pongono, hanno un impatto molto significativo sullo sviluppo globale del bambino. Il lavoro di squadra, inoltre, tra professionisti e famiglia si rivela, come sempre, fondamentale, in quanto il supporto bilaterale al percorso accresce la sua funzionalità.

La pratica della musicoterapia è, però, poco sfruttata con questo gruppo di pazienti: come si può osservare e riscontrare dalla letteratura essa è destinata maggiormente a persone con Disturbo dello Spettro Autistico, tralasciando tutte le altre condizioni a cui questa potrebbe essere estesa.

Un ampliamento del pubblico a cui destinare questa tecnica potrebbe, invece, rivelare e far emergere nuovi spunti di riflessione e, soprattutto, nuovi benefici che fino a questo momento non sono stati evidenziati.

Bibliografia e Sitografia

Anna Contardi - AIPD, *10 cose che ogni persona con sindrome di Down vorrebbe che tu sapessi*, Erickson, 2019

Audiation rivista, *Movimento e musica una storia raccontata attraverso l'incontro tra la Music Learning Theory e Atem-Tonus-Ton*

Centro "Sindrome di Down" dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù *Guida alla Sindrome di Down, Problemi di salute – Volume 1*

Centro "Sindrome di Down" dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù *Guida alla Sindrome di Down, Problemi di salute – Volume 2*

Chiappetta Cajola L., Rizzo A. L., *Musica e inclusione Teorie e strategie didattiche*, Carocci, Roma (2016)

Concina E., *Bisogni educativi speciali e didattica della musica. Indicazioni teoriche, obiettivi, strategie operative e di valutazione*, Carrocci, Roma (2019)

DALCROZE, Associazione Italiana Jaques-Dalcroze, *Il Metodo Jaques-Dalcroze*

Dina Di Giacomo, Lucia Serenella De Federicis, Domenico Passafiume, *Competenza relazionale e sindrome di Down*, da "Ciclo Evolutivo e Disabilità/Life Span and Disability", Vol.4, N.2, 2001, pp. 349-359

European Down Syndrome Association (EDSA), *Linee Guida Multidisciplinari per l'Assistenza Integrata alle Persone con Sindrome di Down e alle loro Famiglie*, maggio 2007

Francesca Pulina, *La Sindrome di Down*, Università degli studi di Padova – DPSS

Ministero dell'Istruzione Italiana, *Annali della pubblica istruzione. Indicazioni nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione*. Ed. 2012

Musica&Mente.it, *Musica e Mente: Il magazine italiano di Musicoterapia_ Musica e movimento per migliorare l'apprendimento e il benessere dei più piccoli*

Pierangela Ghezzeo e Emanuela Rellini, *La pratica musicale per la promozione dell'inclusione e la prevenzione del disagio nella scuola*, Nuove Arti Terapie

Prof. Ivan Di Pierro "Pedagogia e didattica speciale della disabilità intellettiva e dei disturbi generalizzati dello sviluppo"

21_28.pdf (audiation-rivista.it)

Anffas - Associazione Nazionale Famiglie di Persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale –

arasaac.org/pictograms/search/

centronewton.it/musica-e-disturbi-del-linguaggio-tecniche-e-prospettive/

Cervello (humanitas.it)

Come funziona il nostro cervello? (humanitas.it)

Confiam – Confederazione Italiana Scuole e Associazioni di Musicoterapia

[coselasindromedidown-sitoAIPD-testointegrale.pdf](#)

docenti.unimc.it/maria.pierluca/teaching/2023/29459/files/musicoterapia

docenti.unina.it/webdocenti-be/allegati/materiale-didattico

guardaconilcuore.org

Il potere della musica e la sua applicazione terapeutica: La Musicoterapia — Istituto per lo Studio delle Psicoterapie (istitutopsicoterapie.com)

LCM_intero (musicaterapia.it)

Lobi del cervello: anatomia, funzioni, immagini e patologie in sintesi | MEDICINA ONLINE

MeT_29.pdf (musicaterapia.it)

MetT 40 ultimo 12 marzo (musicaterapia.it)

Microsoft Word - 05_Come funziona.doc (unicas.it)

MUSICOTERAPIA 5 (amazonaws.com)

MUSICOTERAPIA 8 (amazonaws.com)

MUSICOTERAPIA 11 (amazonaws.com)

MUSICOTERAPIA 12 (amazonaws.com)

Musica e Movimento – Scuola Paolina Poggi

musicaterapia.it/musicoterapia-libri-musica-et-terapia/

musicaterapia.it/sindrome-di-down

musicaterapia.it/wp-content/uploads/2021/03/Elementi-di-musicoterapia.pdf

nepsi.it/amusia-e-cervello-quando-la-musica-non-e-un-piacere

paolaprinzivalli.it/le-tecniche-e-i-modelli-della-musicoterapia/

Perché la musica suscita emozioni immagini e ricordi? - Mupsiche

Profilo di apprendimento | Avventuno

psicoterapia-palermo.it/PDFS/musicoterapia.pdf

Riabilitazione e interventi riabilitativi precoci nei bambini con Sindrome di Down -
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (ospedalebambinogesu.it)

Sindrome di Down: comportamenti dei bambini - Ospedale Pediatrico Bambino Gesù
(ospedalebambinogesu.it)

Sindrome di Down: la ricerca non si ferma | Fondazione Umberto Veronesi
(fondazioneveronesi.it)

Sindrome di Down (trisomia 21) - Problemi di salute dei bambini - Manuale MSD,
versione per i pazienti (msdmanuals.com)

Sindrome di Down - Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (ospedalebambinogesu.it)

Sindrome di Down - Vivi Down

specializzazione emisferica in "Dizionario di Medicina" - Treccani - Treccani

tesi-rendini.pdf (musicaterapia.it)

www.aim-musicoterapia.it

www.altravoce.it

www.anffascorigliano.it

www.audiation-rivista.it

www.centroolos.com

www.centropsicologiainsieme.it

www.downfvg.it

www.istitutopsicoterapie.com

www.lemaniparlanti.it

www.micuro.it

www.musicoterapia.it

www.musicoterapiaviva.it

www.musicoterapia.genova.it

www.rotarygrosseto.it

www.scuolamusicoterapiathiene.it

www.sinpia.eu

www.treccani.it

www.vidas.it

Indice Figure

<i>Figura 1_ Le aree funzionali del cervello</i>	<i>10</i>
<i>Figura 2_ Cariotipo delle tre forme di Trisomia 21 – Sindrome Down</i>	<i>14</i>
<i>Figura 3_ Caratteristiche fisiche Trisomia</i>	<i>21</i>
<i>Figura 4_ Il cervello e la musica</i>	<i>36</i>
<i>Figura 5_ L'attivazione del cervello a riposo e con la musica</i>	<i>37</i>
<i>Figura 6_ La musica come legame tra cervello ed emozioni</i>	<i>43</i>
<i>Figura 7_ Una lezione di Musicoterapia presso l'associazione ANFFAS di Torino</i>	<i>58</i>
<i>Figura 8_ Il mito della musica nell'Antica Grecia</i>	<i>63</i>
<i>Figura 9_ Louis Roger "Traité des effets de la musique sur le corps humain"</i>	<i>64</i>
<i>Figura 10_ Carl Strumpf, "Tonpsychologie" Vol.2</i>	<i>64</i>
<i>Figura 11_ Claire Oppert, l'angelo del violoncello che suona per i malati terminali ..</i>	<i>80</i>
<i>Figura 12_ Un incontro di coppia durante una seduta di musicoterapia</i>	<i>93</i>
<i>Figura 13_ Cosa è la CAA</i>	<i>111</i>
<i>Figura 14_ I benefici della CAA</i>	<i>114</i>
<i>Figura 15_ "La bella lavanderina" in CAA</i>	<i>115</i>
<i>Figura 16_ "Girotondo" in CAA</i>	<i>115</i>

Ringraziamenti

Giunta alla fine di questo lungo percorso e raggiunto questo grande traguardo, vorrei ringraziare coloro che hanno vissuto con me questa meravigliosa esperienza.

Grazie alla mia relatrice, la prof.ssa Paola Siragna, per la disponibilità e puntualità dimostrate durante la stesura di questo lavoro.

Grazie alla Dott.ssa Francesca e ai genitori dell'Associazione Down Friuli-Venezia Giulia per essersi resi disponibili a raccontarmi ciò che per loro è un progetto di vita.

Grazie alla mia famiglia, a mio papà, ai miei fratelli, Emanuele e Federico, e a mia cognata Giulia, alla mia seconda mamma Lucia e alla famiglia trovata a Parma, dove ho scoperto una cugina stupenda. In voi ho sempre trovato una parola di conforto e una spinta ad andare avanti.

In particolar modo devo dire grazie alla mia mamma. Grazie perché nonostante le difficoltà e le grandi sfide, mi hai sempre supportata e sopportata con i tuoi sorrisi e la tua vicinanza.

Un grazie speciale va alle mie amiche, quelle storiche e quelle più recenti, Alessia, Carola, Elisa, Federica, Giorgia, Paola, Valentina e Viviana. Le sorelle che sempre avrei desiderato.

Un grazie particolare lo devo alla Spagna, a Oviedo e ai bellissimi mesi che lì ho vissuto. Ho scoperto una me diversa, ho avuto possibilità di confrontarmi con un mondo nuovo, arricchendomi non solo di conoscenze, ma soprattutto di persone fantastiche.

Un immenso grazie va alle mie compagne di università, Anna, Elisa, Giulia, Greta e Vanessa, con le quali ho condiviso i mille “non ce la faccio”, i mille esami da preparare,

i mille progetti di gruppo e anni di “Ma quindi tu hai capito?”. Con voi le aule sono state un po’ meno fredde e gli esami un po’ meno faticosi.

Non può mancare un grazie alla mia maestra Emilia, senza la quale probabilmente mai avrei intrapreso questo percorso: con i tuoi insegnamenti, i tuoi sorrisi e la tua passione, mi hai dato la voglia di essere “un po’ speciale” così come tu lo sei stata e lo sei tanto per me.

Grazie alle mie tutor di tirocinio le quali durante questi anni mi hanno insegnato e ricordato l’importanza del lavoro che ho scelto di fare.

Grazie a tutti i bambini e bambine che ho incontrato: ognuno nella propria unicità mi ha arricchita, donandomi sempre più voglia di entrare nella mia prima classe.

Infine, ringrazio me stessa per la mia costanza e la mia voglia di non mollare, per essermi dimostrata durante questi cinque lunghi anni, che se voglio posso!