

Scuola di Musicoterapia di Torino
Associazione Professionale Italiana Musicoterapisti
CORSO TRIENNALE DI MUSICOTERAPIA

**MUSICA E MUSICOTERAPIA:
RISORSE NON FARMACOLOGICHE
NELL'AMBITO DELLE DEMENZE**

Relatore

Prof. Alfredo Raglio

Tesi finale di

Paola Reani

INDICE

INTRODUZIONE.....	5
CAPITOLO 1 LA MALATTIA DI ALZHEIMER.....	8
1.1 Sintomi.....	10
1.2 Cause.....	11
1.3 Anatomia patologica	11
1.4 Evoluzione.....	12
1.5 Disturbi cognitivi.....	13
1.5.1 Disturbi della memoria.....	15
1.5.2 Disturbi del linguaggio.....	15
1.5.3 Disturbi del pensiero.....	16
1.5.4 Altri disturbi.....	16
1.6 Disturbi del comportamento.....	17
1.7 Fattori di rischio.....	17
1.8 Epidemiologia.....	18
1.9 Caregiver e rete territoriale.....	19
CAPITOLO 2 LE TERAPIE NON FARMACOLOGICHE.....	23
2.1 Approcci rivolti alle funzioni cognitive.....	27
2.1.1 Terapia di Orientamento alla Realtà (R.O.T.).....	28
2.1.2 Terapia della Rimotivazione	29
2.1.3 Terapia della Reminiscenza.....	29
2.1.4 Terapia delle 3R.....	30
2.1.5 Memory training.....	31
2.1.6 Spaced-retrieval.....	32
2.1.7 Terapia Occupazionale (T.O.)	32
2.1.8 Attività motoria.....	33
2.2 Approcci orientati al comportamento e all'emozione.....	34

2.2.1	Psicoterapia.....	34
2.2.2	Terapia di Validazione	35
2.2.3	Terapia contestuale (Milieu Therapy)	35
2.2.4	Modello Gentle Care (Moyra Jones).....	36
2.3	Approcci orientati alla stimolazione sensoriale.....	37
2.3.1	Snoezelen (Stimolazione multisensoriale).....	37
2.3.2	Aromaterapia.....	38
2.3.3	Terapia della bambola.....	40
2.3.4	Pet therapy.....	41
2.3.5	Touch Therapy.....	42
2.3.6	Light-Therapy.....	42
2.3.7	Approccio di cura globale.....	42
2.4	Approcci artistici.....	44
2.4.1	Arteterapia.....	45
2.4.2	Danzaterapia.....	47
2.4.3	Musicoterapia.....	47
CAPITOLO 3	MUSICOTERAPIA E DEMENZA.....	48
3.1	Definizioni di musicoterapia.....	48
3.2	Individuo e musica.....	53
3.3	Intervento musicoterapico con i malati di Alzheimer.....	54
3.4	Studi clinici ed evidenze scientifiche.....	58
CAPITOLO 4	“MUSICAL-MENTE”: LA MIA ESPERIENZA.....	70
4.1	Struttura.....	71
4.2	Organizzazione.....	72
4.3	Obiettivi.....	73
4.4	Metodologia	75
4.5	Invio e presa in carico.....	79
4.6	Setting.....	80
4.6.1	Spazi.....	81

4.6.2 <i>Strumentario</i>	81
4.7 Contenuti.....	82
4.8 Gruppi di auto-mutuo-aiuto.....	89
4.9 Musica e musicoterapia: analisi critica.....	89
CONCLUSIONI	92
ALLEGATO	95
BIBLIOGRAFIA	103

INTRODUZIONE

La creatività non è altro che un'intelligenza che si diverte.

(Albert Einstein)

Otto anni fa sono stata contattata da Associazione Alzheimer Italia-Verona: cercavano urgentemente un professionista esperto in musicoterapia. In quel periodo in realtà ero concentrata su altro, la Medicina Alternativa mi aveva assorbita quasi completamente. Non ho potuto però ignorare quella richiesta così accorata, la grande volontà che quel gruppo di persone esprimeva, del tutto finalizzata al sollievo dalla sofferenza di persone malate. Ho deciso quindi di incontrare i coordinatori. Ho posto qualche quesito di routine come ad esempio quali fossero gli spazi e i tempi previsti per le attività, se vi fossero strumenti musicali a disposizione, come fosse organizzata la struttura. A fine incontro mi sono resa disponibile per svolgere qualche seduta, ma poco dopo mi sono resa conto di aver commesso un errore imperdonabile: il non aver chiesto quanti fossero i partecipanti! Mi sono così preparata per quelle che pensavo potessero essere tutte le evenienze. E' arrivato il primo lunedì di attività. Ho varcato la soglia del centro che mi era stato affidato e mi sono trovata di fronte ad una scena inquietante: un gruppo formato da più di venti persone, eterogenee tra loro per età, caratteristiche e patologia. Li ho fissati per qualche istante. Erano già tutti posizionati a semicerchio. Mentre io valutavo se fosse il caso di scappare loro mi guardavano, intimoriti, forse quanto e più di me! Erano lì immobili, aspettavano che qualcosa accadesse. Non avevo con me strumenti musicali a sufficienza e non avevo certo preparato attività adeguate ad un gruppo di questo tipo! Ricordo lo sconforto che mi ha attraversata ed il senso di inadeguatezza, la conseguente volontà di rinunciare. Non ero formata né pronta per affrontare quel tipo di setting. Tuttavia loro erano di fronte a me con delle aspettative. Molti pensieri attraversavano la mia mente, da una parte cresceva il timore, dall'altra mi rendevo conto che in realtà

stavo cercando soluzioni. Ma la mia creatività si era già attivata e stava cercando idee e strategie. Allora mi sono chiesta se non si trattasse in realtà di una prova, di una sfida con la quale mi sarei dovuta misurare. E mentre la mia mente elaborava, le mie mani inserivano la spina per collegare l'impianto stereo, aprivano la custodia della chitarra, e sedendomi dinnanzi a loro mi presentavo con un melodico "Ciao"! I sorrisi si sono subito accesi sui loro volti e questo mi è bastato per trovare il coraggio di andare avanti...il resto è venuto da sé.

Da allora sono passati otto intensi anni, densi di emozioni, scambi e crescita reciproca e posso dire di essere certa che oltrepassare quella soglia sia stata la scelta migliore. La creatività è stata in questo tempo il mio miglior alleato. Ci sono stati momenti in cui ha prevalso lo sconforto ed in cui ho messo in discussione ciò che stavo facendo e la sua utilità, ma credo, siano stati proprio quelli i momenti in cui ho trovato idee nuove. Tutt'oggi questa è la mia attività professionale principale e cerco di affrontarla quotidianamente con lo stesso entusiasmo di allora. Ho creato una tipologia di seduta attuabile in qualsiasi tipo di centro, diurno e non, per dementi ma che include anche altri soggetti, che ha come obiettivi primari la valorizzazione dell'individuo e delle abilità, l'ascolto su vari piani e la multidimensionalità. Questo tipo di impostazione è stato apprezzato ed esportato con entusiasmo anche da molti colleghi.

I risultati sono stati misurati anche scientificamente grazie alla collaborazione con il CRRNC (Centro di Ricerca in Riabilitazione Neuromotoria e Cognitiva) dell'Università degli Studi di Verona.

L'intento ora è presentare qui il mio lavoro, partendo dall'approfondimento degli aspetti che caratterizzano la malattia, i principi della Musicoterapia ai quali mi sono ispirata, nonché tutti gli spunti che ogni terapia non farmacologica ogni giorno mi fornisce, anche se le proposte sono in continua evoluzione perché tengono conto della metamorfosi che i soggetti ed il gruppo presentano strada facendo. Le storie che incontro quotidianamente sono dense di significato e mi portano sempre a riflettere. Ho sentito così il bisogno di fissarne una tra tante, che è diventata un film

dal titolo “Silenziose Armonie”. Credo sia davvero importante riuscire a “dar voce” a chi non riesce ad esprimere la propria sofferenza con le parole. Non ho la pretesa di dare un nome a ciò che faccio, ho cercato semplicemente di presentarlo per come è, nella sua “complicata semplicità”. L’appagamento più grande lo ricevo direttamente, ogni giorno, da tutti i miei utenti e dalle loro famiglie che mi regalano affetto, riconoscimento e sorrisi e che, con tutti i modi che hanno a disposizione, riescono a trasferirmi la loro gratitudine.

Ogni volta che vengo invitata come relatrice, esordisco nei miei interventi con una frase che colpisce molto il pubblico: “Io faccio il lavoro più bello del mondo”! Ho deciso di immortalarela anche qui, perché oggi ne sono convinta più che mai.

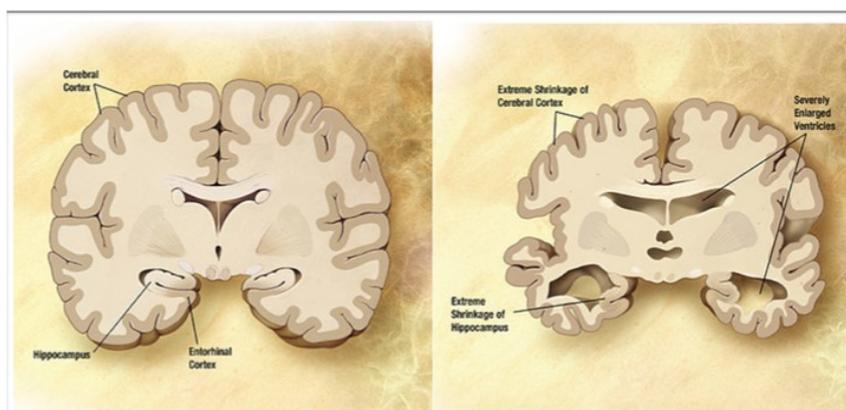
CAPITOLO 1

LA MALATTIA DI ALZHEIMER

Il termine “demenza” deriva dal latino “de” (via, fuori da) + “mens” (mente), letteralmente significa quindi “essere privato della propria mente”. L’origine storica del termine non è stata tuttora chiarita: sembra che fu Celsus nel suo “De Medicina” il primo autore ad utilizzare tale termine, nel primo secolo A.C.

Con la definizione “demenza senile” si designa una condizione contraddistinta da una diminuzione delle prestazioni cognitive tale da compromettere le usuali attività e relazioni. Oggi rappresenta una delle più grandi sfide per i sistemi sociali e sanitari dell'Occidente.

La Malattia di Alzheimer, rappresenta il 54% di tutte le demenze; prende il nome da Alois Alzheimer (1864-1915), neuropatologo e neurologo attivo ad Heidelberg e poi a Monaco, che ne descrisse tra il 1906 ed il 1911 le principali caratteristiche microscopiche cerebrali. Nel 1906 il prof. Alzheimer descrisse il caso di una donna di 51 anni, per quel tempo già anziana, con caratteristiche particolari, che presentò poi all'autopsia un quadro molto specifico a livello cerebrale.



Augusta D., così si chiamava la signora, arriva alla sua clinica nel 1901. Presenta disorientamento e allucinazioni, perdita di memoria e, soprattutto ossessioni di gelosia verso il marito. Fisicamente non era visibile alcuna anomalia, a parte una vistosa perdita del peso. La signora risulta ad ogni visita eccessivamente aggressiva e l'unico rimedio che sembra essere efficace è il sonnifero. Ella muore nel 1906. All'esame autoptico Alzheimer nota come il cervello sia uniformemente atrofico senza macroscopici focolai. Il medico presentò il caso in un Congresso Psichiatrico nel 1907. Da allora, sono stati fatti molti progressi, ma la Malattia di Alzheimer è diventata sempre più una patologia cui prestare attenzione per vari motivi:

- anzitutto vi è un costante aumento di anziani affetti da sindrome demenziale e un gran numero di essi è colpito dalla "malattia di Alzheimer";
- una notevole parte di questi anziani presenta una disabilità medio - grave nelle attività di vita quotidiana;
- la patologia presenta nella sua evoluzione, oltre al deficit cognitivo, anche gravi problemi comportamentali e psichici (agitazione psicomotoria, deliri, allucinazioni), che diventano la causa di stress familiare e di richiesta di ricovero in strutture residenziali;
- in buona parte dei casi la famiglia è costretta a fornire l'assistenza, o a ricorrere a collaborazioni esterne che hanno inevitabilmente ripercussioni sulle persone coinvolte.

La malattia di Alzheimer è un processo degenerativo cerebrale che provoca un declino progressivo e globale delle funzioni intellettive associato ad un deterioramento della personalità e della vita di relazione. L'ammalato perde progressivamente l'autonomia nella propria quotidianità e diventa sempre più dipendente dagli altri. Diagnosticare la malattia di Alzheimer è complicato in quanto ad oggi non esiste un esame specifico in grado di rilevarla. Tuttavia il mondo scientifico è da tempo impegnato nella ricerca e proprio in questi giorni è stata annunciata la scoperta di un esame del sangue in grado di individuare la

patologia sino a tre anni prima della comparsa dei sintomi. I test del sangue fatti negli anni agli ammalati di Alzheimer, confrontati con soggetti sani (525 settantenni nel corso di 5 anni), hanno evidenziato livelli anomali di 10 grassi, che, dopo l'incrocio di centinaia di test, sono stati assunti come "marker" (segnali) della malattia. Saranno necessari altri test prima che possa diventare un esame di routine ma questo nuovo dato ci fa comprendere quanto la Scienza, in questo momento, sia concentrata su questa "malattia sociale".

1.1 Sintomi

Le caratteristiche cliniche della malattia possono essere differenti da persona a persona, ma solitamente si assiste ad un inizio subdolo e ad un decorso progressivo e cronico. I sintomi sono:

- stress;
- depressione;
- cambiamento del carattere;
- disinteresse verso attività piacevoli per il soggetto;
- ripetitività;
- sospettosità;
- trauma cranico, che rende manifesta con esami una malattia cerebrale già presente.

Normalmente sono i parenti ad accorgersi dell'alterazione dei comportamenti, mentre il paziente ne è inconsapevole. Altri sintomi possono essere:

- agitazione;
- paura di essere derubati;
- sentirsi abbandonati;
- pianto immotivato o violenza;
- disturbi del sonno e scambiare il giorno per la notte.

1.2 Cause

Ad oggi non sono ancora state identificate le cause che favoriscono l'insorgenza della patologia. Sono varie le ipotesi tra cui:

- una predisposizione genetica;
- fattori esterni (ad esempio un virus, anche se non è dimostrato che l'Alzheimer sia contagioso);
- disordine del sistema immunitario, che non riconosce più il cervello come proprio e lo auto-aggrede;
- sostanze tossiche;
- fattori psicosociali (depressione, trauma cranico, reazione allo stress...);
- eventuali correlazioni con disordini alimentari, disidratazione, intossicazioni chimiche, ecc..

1.3 Anatomia patologica

All'origine del processo di degenerazione c'è una proteina presente nel cervello che si trasforma (non si sa ancora come, o perché) in beta-amiloide e si deposita tra i neuroni agendo da collante, inglobandone vaste aree e dando luogo alla formazione di placche "neurofibrillari". Il risultato di questi cambiamenti all'interno del cervello è l'incapacità per il neurone di trasmettere impulsi nervosi. Si è scoperto inoltre che la malattia presenta anche una diminuzione nel cervello della quantità di acetilcolina (fino al 90%), una sostanza essenziale per la memoria e per capacità intellettive.

Dal punto di vista macroscopico le caratteristiche che permettono di differenziare un cervello anziano sano da un cervello Alzheimer sono di tipo quantitativo. In entrambi i casi, infatti, si rilevano sia una riduzione del peso che del volume dell'organo, la dilatazione delle cavità ventricolari e, a livello della corteccia, l'allargamento dei solchi con assottigliamento delle circonvoluzioni. La malattia comporta un'importantissima perdita di sostanza cerebrale, con un decremento del volume emisferico rispetto ai controlli di pari età, e una riduzione

del peso dell'organo. L'atrofia è in genere diffusa, maggiormente concentrata nei lobi temporali ed in particolare nella zona dell'ippocampo, parte fondamentale per i processi mnesici: recenti studi sottolineano una correlazione rilevante tra la gravità della demenza ed il grado di atrofia del lobo temporale (valutato con Risonanza Magnetica). L'esame al microscopio di un cervello malato presenta invece caratteristiche tipiche quali:

- perdita dei neuroni, soprattutto dei grossi neuroni corticali, considerata la causa principale dei deficit cognitivi;
- gravi fenomeni regressivi che interessano i neuroni residui: all'interno vi si osservano strutture filamentose (degenerazione neurofibrillare di Alzheimer) ed inclusioni ovoidali (degenerazione granulo-vacuolare);
- placche senili, costituite da strutture di forma sferoidale, che si osservano anche nelle zone più antiche della corteccia cerebrale dell'anziano normale.

Nei soggetti Alzheimer è osservabile un aumento di densità delle placche senili ed una loro diffusione anche in zone "neocorticali", ossia in quelle zone probabilmente deputate alle attività più elevate del nostro comportamento. Le placche senili sono composte oltre che da residui di neuroni degenerati e da rare cellule infiammatorie dalla "sostanza amiloide", costituita principalmente da un polipeptide, la beta-proteina amiloide.

1.4 Evoluzione

Le fasi evolutive della malattia sono attualmente ben note, determinate fondamentalmente da una progressiva distruzione delle cellule neuronali che controllano le funzioni superiori della corteccia cerebrale.

La malattia ha un decorso che varia tra gli 8 e i 10 anni e attraversa normalmente 3 fasi:

1. La prima coinvolge le capacità mentali. La persona presenta ancora un quadro di autosufficienza, ma manifesta sempre più frequentemente

problematiche inerenti alla memoria. A questo quadro tipico si accompagnano anche altri sintomi come la perdita della capacità di ragionamento e la diminuzione di alcune funzioni cognitive, la modificazioni della personalità, il pensiero astratto si impoverisce, diminuisce la capacità di giudizio ed il rendimento lavorativo.

2. Nella seconda fase si assiste normalmente all'aggravamento progressivo dei disturbi: il soggetto sembra incapace di apprendere nuove informazioni; inizia a perdersi anche in ambienti familiari, perché presenta un disorientamento spazio-temporale; la memoria remota è compromessa. Le caratteristiche fondamentali di questa fase, denominate "delle quattro A" sono:
 - a. Amnesia
 - b. Afasia
 - c. Agnosia
 - d. Aprassia
3. Nella terza fase i sintomi si aggravano ulteriormente e progressivamente sino all'incapacità dei soggetti di riconoscere i familiari, di esprimersi, nutrirsi e muoversi autonomamente. Il paziente necessita di un'assistenza e di un controllo continui, finanche alla necessità di essere alimentato artificialmente per subentrare difficoltà nella deglutizione. Vi è il rischio di complicanze dovute a malnutrizione, disidratazione, malattie infettive (soprattutto polmonite), piaghe, tumori, patologie cardiovascolari. I pazienti dementi raramente decedono per conseguenza diretta della malattia, bensì per una delle patologie sopra elencate, che insorgono nello stadio avanzato della demenza.

1.5 Disturbi cognitivi

Le manifestazioni cliniche della demenza vengono classificate in due grossi gruppi: i disturbi cognitivi e i disturbi del comportamento. I deficit cognitivi

comprendono: la memoria, l'orientamento spazio-temporale, la capacità di attenzione, il giudizio e la critica, le funzioni nervose superiori. In genere la malattia come spiegato sopra, inizia in modo insidioso presentando disturbi della memoria lievi, ma che si aggravano via via tanto da ostacolare la normale quotidianità della persona. All'inizio i disturbi della memoria sono lievi solo in un secondo tempo si fanno più evidenti e disturbanti, riguardando sia la vita personale che quella dei familiari, impedendo l'esecuzione di azioni anche semplici. Il paziente in questa fase tende a negare le proprie mancanze, solo in un secondo tempo si aggrava a tal punto da diventare completamente ignaro di tutti gli avvenimenti della propria vita e incapace di riconoscere i familiari. Lo svolgimento della vita al di fuori degli ambienti domestici è difficoltoso perché gli spazi nuovi determinano un peggioramento della sensazione di smarrimento; anche la sera, che porta con sé la diminuzione della capacità visiva, corrisponde ad un aumento di tali sintomi. Un altro ambito particolarmente colpito sembra essere quello temporale: vengono progressivamente intaccate la capacità di ricordare la data, il mese, la stagione, ecc.. Anche le facoltà di giudizio e di critica vengono nel tempo compromesse. La facoltà di attenzione è coinvolta sin dalla fase iniziale: già dai primi colloqui il malato appare disattento, sebbene i contenuti lo tocchino drammaticamente. Gli interventi nei discorsi sono spesso incongruenti, mentre possono apparire molto più interessati agli stimoli esterni, anche banali, che invece lo distraggono facilmente. Vi sono casi in cui la malattia ha un esordio quasi improvviso che si manifesta con un atto assurdo, sconsiderato o contrastante con la personalità del soggetto. Nella fase più avanzata della malattia, compaiono anche deficit legati alla compromissione delle funzioni nervose superiori. I deficit cognitivi nella demenza sono frequentemente associati a disturbi d'ansia e del sonno, turbe dell'umore con depressione e possibili tentativi di suicidio, specie nelle fasi iniziali della malattia, quando il paziente è ancora in grado di eseguire un piano d'azione. Sono frequenti anche deliri a carattere persecutorio e allucinazioni soprattutto di natura visiva.

1.5.1 Disturbi della memoria

La compromissione della memoria è richiesta per fare diagnosi di demenza ed è una caratteristica essenziale del quadro neuropsicologico dell'Alzheimer. La memoria è una funzione cognitiva complessa; tutti i comparti mnesici sono interessati in questa malattia, anche se con gravità spesso non uniforme. La memoria a breve termine (MBT) è spesso colpita in misura minima nelle fasi precoci della malattia. La memoria a lungo termine (MLT) invece è più gravemente compromessa già nelle fasi iniziali, soprattutto la memoria dichiarativa (semantica, episodica, autobiografica). Solo la memoria non dichiarativa a lungo termine procedurale è conservata abbastanza bene fino alle fasi più avanzate della malattia.

Per questo molti pazienti riescono ancora a compiere gesti automatici come lavare i piatti o apparecchiare la tavola. Negli stadi avanzati della demenza la compromissione della memoria è così grave che il soggetto arriva a dimenticare la propria età, l'occupazione svolta, la data di nascita, il nome dei familiari.

1.5.2 Disturbi del linguaggio

All'inizio i disturbi che riguardano l'espressione verbale si manifestano con una "anomia", ossia una grave difficoltà a trovare i termini giusti per esprimere un concetto o per denominare un oggetto. Nella fase successiva viene a configurarsi un quadro riconducibile ad un' afasia fluente: il paziente utilizza frasi fatte, parole "passpartout", ed il linguaggio diviene vuoto e privo di significato fino a dissolversi progressivamente. Il deterioramento delle funzioni del linguaggio (afasia) può manifestarsi in una incapacità di ricordare nomi di individui e oggetti. L'eloquio di queste persone diviene privo di significato, con discorsi lunghi e ripetitivi, e con l'uso eccessivo di termini indefiniti come "cosa" o "questo". Possono essere compromessi anche la comprensione del linguaggio sia parlato che scritto. In molti stadi avanzati di demenza i pazienti possono divenire muti o presentare lunghi periodi di silenzio o modalità di eloquio deteriorate, caratterizzate da ecolalia (eco di ciò che viene udito). La grossa difficoltà delle persone afasiche consiste nel non

riuscire a tradurre in contenuto di pensiero quello che leggono o che sentono e/o non riescono a tradurre in parole dette o scritte quello che pensano. Ci sono quindi due manifestazioni di afasia: quella detta “sensoriale”, in cui il malato non comprende ma riesce ad esprimersi e quella “espressiva” in cui il malato capisce ma non riesce ad esprimersi. Vi sono casi in cui entrambi i tipi di afasia coesistono, il disturbo può assumere diverse manifestazioni.

1.5.3 Disturbi del pensiero

Una manifestazione comune in tutte le demenze è la compromissione del pensiero astratto. Vi è un’incapacità di pensare in astratto, di pianificare, di trovare somiglianze e differenze tra concetti e parole, di ordinare in sequenza, eseguire calcoli matematici.

1.5.4 Altri disturbi

Un altro disturbo frequente è l’aprassia, che costituisce una delle principali cause di disabilità: il paziente, pur non presentando problematiche legate al calo di forza fisica, non riesce più a completare atti motori finalizzati e coordinati, divenendo così incapace di utilizzare gli strumenti ordinari della vita quotidiana. Ne conseguono difficoltà a mangiare, vestirsi, lavarsi, ecc... L’aprassia può manifestarsi inizialmente con la difficoltà a cucinare, vestirsi, disegnare (aprassia costruttiva).

Le agnosie, frequenti anch’esse nel paziente Alzheimer in fase avanzata, non permettono di capire l’uso e la funzione di oggetti che possono normalmente essere visti e toccati. Caratteristica delle fasi più avanzate può essere anche la prosopoagnosia, ossia l’incapacità di riconoscere i visi, anche dei familiari. Nei casi estremi il paziente arriva a non essere in grado di riconoscere il proprio volto, e l’osservarsi allo specchio può essere all’origine di gravi sentimenti di angoscia.

1.6 Disturbi del comportamento

Un'altra manifestazione clinica tipica è legata ai disturbi comportamentali e dell'affettività: si tratta del gruppo di problemi che creano le difficoltà maggiori anche dal punto di vista sociale, ma anche quelli che possono essere trattati farmacologicamente. L'ansia, l'insonnia con agitazione notturna e l'inversione del ritmo sonno-veglia sono le problematiche più comuni in paziente affetti da malattia di Alzheimer. Vi sono alcuni disturbi deliranti e fenomeni allucinatori tipici come ad esempio: il paziente è convinto di essere osservato, e persino derubato dai vicini di casa; a volte è convinto della presenza di persone estranee, in casa. Molti soggetti invece divengono iperattivi: continuano a compiere faccende in modo inconcludente, incapaci di star fermi; altri invece si presentano apatici, lontani, impoveriti. Certi soggetti con demenza mostrano un comportamento disinibito, fanno scherzi inappropriati, si prendono libertà inadeguate con estranei, non rispettano le normali regole di convivenza sociale; infine è possibile la manifestazione di un comportamento eccessivamente disinibito anche sul piano sessuale. La depressione, che è spesso presente nelle fasi iniziali di malattia, pone dei grossi problemi diagnostici differenziali: un episodio depressivo può essere la manifestazione d'esordio dell'Alzheimer, ma anche una malattia depressiva può accompagnarsi a prestazioni deficitarie nei test che esplorano le capacità cognitive e mnesiche. Spesso il dubbio è risolto unicamente dall'osservazione nel tempo e dalla risposta ai farmaci antidepressivi. I soggetti con demenza possono essere inoltre particolarmente vulnerabili agli stressor fisici (malattie, interventi chirurgici) e psico-sociali (ricoveri in ospedale, cambiamenti di residenza, lutti), che possono esacerbare i loro deficit intellettivi.

1.7 Fattori di rischio

Gli unici fattori di rischio che potrebbero essere presi in considerazione sono l'età e la familiarità. L'Alzheimer è certamente una patologia più presente nell'anziano, ma il rischio di ammalarsi non aumenta con l'avanzare dell'età:

confrontando le varie fasce di età si nota che i soggetti ultranovantenni non hanno un maggiore rischio di ammalarsi rispetto ai soggetti di un'età compresa tra i 70 e gli 80. Quindi possiamo dedurre che la Malattia di Alzheimer è un problema presente principalmente nell'età avanzata, ma non c'è relazione esponenziale tra demenza ed invecchiamento: esiste una fascia di età a maggiore rischio. La familiarità rappresenta un fattore di rischio da considerarsi variabile secondo i casi: nella maggioranza dei casi l'Alzheimer non è una malattia ereditaria, anche se i familiari di un soggetto affetto hanno un tasso di rischio di ammalarsi lievemente maggiore rispetto ai soggetti che non hanno casi in famiglia. Sono state ad oggi individuate nel mondo una quarantina di famiglie in cui la Malattia di Alzheimer è trasmessa geneticamente con un meccanismo di tipo autosomico dominante (un soggetto che svilupperà la malattia, in quanto portatore del gene alterato, ha il 50% di possibilità di trasmetterlo ai figli). Queste forme familiari, sono rarissime e sono caratterizzate dall'insorgenza precoce e dall'evoluzione rapida; costituiscono per i genetisti una preziosa fonte di informazioni.

1.8 Epidemiologia

Abbott A. (Nature, 2011) stima che circa 35,6 milioni di individui soffrano di demenza, corrispondenti allo 0,5% della popolazione mondiale; nei prossimi anni questo dato è destinato a duplicarsi, raggiungendo 115,4 milioni di soggetti nel 2050. La prevalenza mondiale di demenza, infatti, negli abitanti ultrasessantenni è compresa tra il 5 ed il 7% con una incidenza di 4,6 milioni di nuovi casi all'anno. (M. Prince, 2009). Più nello specifico in Europa il numero di ammalati ammonta a circa 10 milioni (A. Abbott, 2011) corrispondente al 6,2%, mentre in Italia il tasso di prevalenza di questa condizione patologica si aggira intorno al 5,9% (S. Berret et al., 2005).

In linea con i dati riguardanti il Comune di Verona, si rileva che dal 1971 ad oggi la popolazione ha registrato un progressivo ed accentuato processo di invecchiamento: la classe d'età degli ultra sessantacinquenni ha visto raddoppiare

il proprio peso passando, nella media, da un'incidenza pari al 10,84% ad una pari circa al 22% della popolazione , dato che conferma un trend di crescita più accentuato di quello stimato dall'Osservatorio Regionale per la popolazione anziana.

POPOLAZIONE ITALIANA FUTURA E DEMENZA						
Classi età	Pop. 2010	Dem. 2010	Pop. 2030	Dem. 2030	Pop. 2050	Dem. 2050
60-64	3.684.382	22.106	4.823.143	28.939	3.642.751	21.857
65-69	3.155.739	50.492	4.373.703	69.979	3.782.652	60.522
70-74	3.023.563	105.825	3.602.723	126.095	4.073.641	142.577
75-79	2.524.699	186.828	3.012.315	222.911	4.157.191	307.632
80-84	1.889.263	296.614	2.558.545	401.692	3.659.133	574.484
85-89	1.157.855	303.358	1.602.491	419.853	2.601.176	681.508
90-94	324.912	133.214	911.073	373.540	1.373.270	563.041
>95	140.155	64.892	380.223	176.043	707.677	327.654
Tutti	15.900.568	1.163.329	21.264.216	1.819.052	23.997.491	2.679.276
Pop.Gen.	60.224.114		62.128.993		61.716.517	

1.9 Caregiver e rete territoriale

La collaborazione con i familiari sin dall'esordio della patologia è essenziale; sono loro che forniscono il maggior numero di informazioni sul comportamento del paziente. Per escludere la presenza di altre malattie che potrebbero spiegare la demenza, di solito vengono prescritti alcuni esami di laboratorio. In molti casi, si arriva alla diagnosi in seguito a preoccupazioni espresse dai familiari. Sovente la persona malata non si rende conto di avere dei problemi e non condivide le osservazioni dei familiari; non ha perciò alcun interesse a chiedere una diagnosi. E' importante valutare la capacità del malato di comprendere, ma anche tener conto delle opinioni preconcepite o dei pregiudizi che può avere sulla malattia, prevedendo così le sue possibili reazioni. Sarebbe importante adeguare la spiegazione al grado di comprensione del malato e della sua famiglia, come pure di prospettare eventuali soluzioni dei problemi. In alcuni casi vi può essere una reazione depressiva alla notizia e la persona può aver bisogno di aiuto per arrivare a

convivere con i propri sentimenti di rabbia, di colpa, paura e depressione. Sapere di essere affetti da demenza e capire che cosa essa comporti presenta tuttavia notevoli vantaggi: quando una persona sa, può programmare come passare al meglio gli anni di relativo buon funzionamento mentale che le rimangono. Può anche avere un ruolo attivo nel programmare la propria assistenza, stabilire chi dovrà prendersi cura di lei, potrà prendere importanti decisioni finanziarie e persino partecipare alla ricerca sulla Malattia di Alzheimer, o disporre la donazione post-mortem del proprio tessuto cerebrale per la ricerca.

Con il termine “caregiver” si intende “chi si prende cura”, in questo caso specifico si identifica colui che si occupa della persona con demenza, che nella maggior parte dei casi è un coniuge o un figlio, pertanto una persona con un legame. Le famiglie sono sicuramente “le seconde vittime” della malattia, per questo spesso viene definita come “malattia familiare”, in quanto tutto il contesto affettivo in cui il malato è inserito, si trova a fronteggiare grandi cambiamenti sia nelle azioni della vita quotidiana che nella perdita delle relazioni sociali. Si consideri che circa l’80% delle famiglie sceglie di assistere il proprio ammalato a casa. Vi è per esempio la grande difficoltà legata alla redistribuzione dei ruoli. Se a prendersi cura del malato è il figlio, con l’evoluzione della malattia si assisterà alla sua trasformazione in una sorta di “genitore del genitore”; così come se ad ammalarsi invece è il coniuge, questo si tramuterà in un “genitore del partner”. Questo delicato passaggio psicologico è spesso difficile e doloroso. Si possono creare situazioni di disagio psichico ed emotivo (depressione, ansia, ira) ed il conseguente isolamento fino ad arrivare ad uno stato definito di “burn out” ossia di totale travolgimento psichico dei familiari nella malattia. Il 60% dei caregivers riporta un peggioramento della qualità della vita ed il 25% un impatto diretto sull’attività lavorativa (A. Bianchetti et al., 2002). In molti casi può subentrare la paura che ai loro congiunti succeda qualcosa sapendoli non più autonomi né tantomeno affidabili; diventano assai difficili da gestire sia l’igiene che la pulizia del demente e dell’ambiente in cui questo vive. I problemi pratici e gestionali diventano

insostenibili fino a diventare drammatici per chi li vive. I parenti hanno un peso enorme e subentra inevitabilmente la necessità di avere qualche momento di pausa, di respiro, di recupero. La presenza quindi di un malato di Alzheimer in una famiglia può portare grossi squilibri. In moltissimi casi il familiare che se ne occupa viene completamente assorbito dal suo ruolo tanto da non avere più alcun tipo di vita sociale. Si arriva così, spesso per esasperazione, all'ospedalizzazione. L'inesistenza quasi totale di supporti alla famiglia è uno dei principali motivi che portano alla drastica e sofferente scelta di portare il proprio caro alla casa di riposo. Il ricovero in ospedale in taluni casi dipende dalle complicità che il malato di Alzheimer ha: fratture, infezioni, scompensi, ictus, ecc.. Ma quello che dovrebbe essere considerato come emergenza, oggi più che mai dalle strutture pubbliche è l'infinità di problematiche assistenziali che un malato di Alzheimer presenta.

Si consideri che oggi l'Alzheimer Diseases (d'ora in avanti AD) è la seconda malattia cronica più costosa dovuta ai costi sanitari diretti, a quelli assistenziali ed ai costi indiretti. Molti pazienti con demenza ricevono le cure nei setting di medicina primaria, e circa il 66% di questi non riceve una diagnosi negli stadi precoci della malattia. (C. Brayne et al., 2007)

In risposta ai bisogni sempre più crescenti delle famiglie sono sorte delle associazioni di volontariato, che svolgono un ruolo essenziale soprattutto sul fronte dell'educazione alla consapevolezza e alla conoscenza della malattia. Con sforzi notevoli stanno inoltre sorgendo numerosi centri, importanti punti di riferimento e di accoglienza per tutti gli ammalati e le loro famiglie che vivono questa enorme difficoltà. Un altro nodo cruciale per le famiglie è rappresentato dall'assistenza domiciliare. Essa prevede interventi diretti rivolti al paziente sia di carattere assistenziale che di carattere sanitario al fine di favorirne la permanenza nel proprio nucleo familiare. La necessità primaria sarebbe, oltre a quest'essenziale aiuto nella gestione dei bisogni primari, fornire anche figure professionali in grado di lavorare sul rinforzo delle abilità residue e sulle difficoltà psicologiche e relazionali tra il malato e la famiglia. Stanno nascendo numerosi progetti

sperimentali in questo senso. Il complesso problema “demenza” va affrontato in modo globale, con interventi su più livelli assistenziali che costituiscano i vari tasselli di un progetto globale in grado di prendere in carico la malattia nella sua globalità.

CAPITOLO 2

LE TERAPIE NON FARMACOLOGICHE

*Il bambino che non gioca non è un bambino, ma l'adulto che non gioca
ha perso per sempre il bambino che ha dentro di sé.*

(Pablo Neruda)

Attualmente, nonostante le numerose terapie farmacologiche in via di sperimentazione, utili al rallentamento della progressione della malattia, non esistono cure efficaci contro la demenza. Tutto ciò che ad oggi vi è sul mercato non è in grado di bloccare i processi degenerativi; l'effetto si limita alla riduzione di alcuni dei disturbi che il demente presenta. In contrapposizione a questo, stanno prendendo sempre più piede le terapie non farmacologiche che sembrano invece avere un effetto più evidente soprattutto nella prevenzione del peggioramento.

Fino a pochi anni fa l'approccio riabilitativo alla demenza aveva basi teoriche molto povere e si utilizzavano tecniche di stimolazione globale o interventi di tipo semplicemente sostitutivo. La caratterizzazione dei deficit neuropsicologici ed esecutivi dei pazienti dementi nelle varie fasi della malattia ha permesso di sviluppare tecniche maggiormente mirate (A. Bianchetti et al., 1997). I programmi terapeutici non farmacologici hanno lo scopo principale di sostenere ed attivare quelle funzioni mentali non completamente deteriorate, intervenendo sulle potenzialità residue. Nell'insieme queste terapie si caratterizzano per il coinvolgimento attivo della persona curata e si fondano sulla preliminare valutazione delle potenzialità residue su cui fondare l'intervento. Gli approcci riabilitativi, sebbene possano essere differenziati, almeno sul piano teorico, rispetto a metodi e scopi, condividono l'obiettivo comune di migliorare la qualità di vita e potenziare le risorse residue del paziente e, in via secondaria, di migliorare le prestazioni cognitive, il tono dell'umore ed il comportamento. L'approccio

riabilitativo delle funzioni cognitive nel paziente demente ha sofferto di un atteggiamento pessimistico derivante dalla caratteristica progressività della AD e delle demenze correlate, e dalla preminente compromissione delle capacità di apprendimento. I tentativi di un approccio riabilitativo nella demenza, fino a una decina di anni fa, disponevano per lo più di presupposti teorici e metodologie poco definiti, che spesso si sintetizzavano nello slogan "use it or lose it", scarsamente differenziati rispetto al livello di compromissione cognitiva. Ne sono derivati, di conseguenza, approcci indifferenziati, valutazioni grossolane e target aspecifici e una prassi riabilitativa ispirata principalmente a modelli protesici o ad una stimolazione globale aspecifica. Solo recentemente una serie di evidenze sperimentali - fondate sulla dimostrazione di un risparmio della memoria procedurale rispetto a quella dichiarativa - e cliniche, ha consentito di identificare interventi mirati al rallentamento del deterioramento cognitivo che caratterizza la malattia di Alzheimer (L. Backman, 1992; J. Camp et al., 1993; L. Backman, 1996). La maggioranza degli studi concorda nell'affermare che la possibilità di ottenere risultati significativi nella riabilitazione del paziente affetto da AD è strettamente condizionata dalla stimolazione di funzioni che sono relativamente risparmiate, almeno nelle fasi iniziali ed intermedie della malattia. La ricerca sperimentale, inoltre, suggerisce che sebbene la possibilità di ottenere miglioramenti delle performance mnestiche sia ridotta, essa non è completamente compromessa (O. Zanetti et al., 1997); la differenza tra un anziano normale ed uno affetto da AD, almeno nelle fasi iniziali della malattia, è infatti di tipo quantitativo piuttosto che qualitativo. Ogni tecnica riabilitativa ha indicazioni diverse per i vari stadi dell'evoluzione della demenza; tecniche utili per pazienti in fase lieve di malattia quando le capacità di apprendere sono ancora parzialmente conservate (es. ROT o Memory Training) sono improponibili nelle fasi avanzate della malattia, dove l'obiettivo dell'intervento deve focalizzarsi sull'aumento del benessere e la diminuzione dello stress. Inoltre il soggetto con demenza deve essere adeguatamente stimolato non solo durante le ore di training, ma anche al domicilio

per cui la collaborazione e alleanza con i sistemi di assistenza familiare diventa un elemento cruciale. Perciò la valutazione dell'efficacia di un intervento riabilitativo su un paziente demente non può prescindere dal considerare l'impatto che ha la tecnica impiegata non solo sul malato ma anche su tutto il contesto familiare (A. Spijker, 2008).

Gli studi relativi alle terapie non farmacologiche sono aumentati negli ultimi anni in modo esponenziale. Una review di J. Olazarà (2010), raccoglie tutti gli studi effettuati fino al 2008 inerenti a tutte le categorie d'intervento non farmacologico attuate nella demenza di Alzheimer, tenendo conto sia del malato che del caregiver. La tabella riassume ben 26 tipi di approccio con la valutazione dei relativi outcome.

Table 1. Results in the intervention categories by outcome domains

	RCTs		Outcome domains ¹						
	n	control conditions	PWD						
			cog.	ADLs	behavior	mood	comb.	phys.	QoL
Interventions for PWDs									
Cognitive training	14	6/7; 0/1; 3/6	9/14	2/8	2/5	1/4	0/4	1/1	0/1
Behavioral interventions	11	2/4; 0/2; 3/5	1/3	1/4	2/5	1/2	0/4	-	1/1
Cognitive stimulation	10	6/7; 1/1; 1/2	6/8	0/3	0/5	2/6	2/6	-	1/2
Transcutaneous electrical stimulation	10	0/0; 0/0; 5/10	2/7	1/6	3/8	1/5	-	-	-
Physical exercise	9	1/1; 2/2; 3/6	3/5	0/2	-	1/1	0/1	3/5	0/1
Use of music	7	3/4; 0/1; 1/2	3/5	0/1	3/4	1/2	0/1	-	-
Reminiscence	6	4/5; 0/0; 1/1	2/5	2/5	2/3	2/4	1/4	-	0/1
ADL training	4	4/4; 0/0; 0/0	0/1	4/4	0/1	-	-	-	-
Massage and touch	4	3/3; 1/1; 0/0	-	-	4/4	-	-	-	-
Recreation therapy	4	3/4; 0/0; 0/0	1/1	-	1/3	0/1	1/2	-	1/1
Use of light	4	0/1; 0/0; 1/3	0/1	-	1/4	0/1	-	-	-
Multisensory stimulation	3	1/1; 0/0; 1/2	0/2	1/2	2/3	0/1	1/2	-	-
Support and psychotherapy	3	1/3; 0/0; 0/0	0/2	0/1	0/1	1/2	0/2	-	-
Validation	2	1/2; 0/0; 0/0	0/1	0/1	1/2	1/2	-	-	-
Acupuncture	1	0/0; 0/0; 1/1	0/1	-	-	-	-	-	-
Transcranial magnetic stimulation	1	0/0; 0/0; 1/1	1/1	-	-	-	-	-	-
Muscle relaxation	1	0/0; 0/0; 1/1	1/1	-	1/1	0/1	1/1	-	-
Multicomponent	19	9/13; 3/3; 1/3	5/11	3/11	4/9	5/9	2/4	1/5	2/3
Interventions for CGs									
CG education	33	13/16; 5/9; 7/8	0/6	1/5	2/6	0/2	2/11	0/1	1/1
CG support	8	0/4; 2/3; 0/1	-	0/1	0/1	-	0/3	-	-
Case management	4	3/3; 0/1; 0/0	-	-	-	0/1	-	-	1/1
Respite care	2	1/2; 0/0; 0/0	-	-	-	-	-	-	-
Multicomponent	6	1/1; 5/5; 0/0	-	-	-	-	0/3	-	1/1
Other interventions									
Multicomponent for PWD and CG	18	6/10; 5/6; 1/2	1/8	2/11	4/8	2/5	1/7	0/1	3/4
Professional CG training	10	7/8; 1/2; 0/0	0/1	0/4	4/9	4/5	0/1	-	-
Special units	1	0/0; 1/1; 0/0	0/1	0/1	0/1	-	-	-	-

n = Number of RCTs for each intervention category (some RCTs tested interventions from more than one category); control conditions: first ratio = number of positive RCTs among those including a usual-care control group; second ratio = number of positive RCTs among those including some (usually minimal) social attention control group but not a usual-care control group;

third ratio = number of positive RCTs among those that only included a control group offering a similar level of social attention compared to the experimental group. Cog. = Cognition; comb. = scales combining cognition, ADLs, behavior and mood; phys. = physical domain; PWB = psychological well-being; obj. = objective; inst. = institutionalization.

Si riassume di seguito la tabella pubblicata dalla AIP (Associazione Italiana di Psicogeriatrica) nel 2006, relativa agli interventi non farmacologici per il trattamento delle demenze, che vede la suddivisione in “Interventi rivolti al paziente” e “Interventi rivolti ai familiari e ai caregivers”.

I primi si suddividono in:

Interventi specifici

- Approcci rivolti alle funzioni cognitive:
 - Terapia di riorientamento alla realtà
 - Memory training
 - Tecniche di stimolazione della memoria esplicita (Spaced-retrieval technique)
- Approcci orientati al comportamento e all’emotività:
 - Psicoterapia di supporto
 - Reminiscenza
 - Validazione
- Approcci orientati alla stimolazione sensoriale:
 - Terapia ricreazione (ludoterapia, pet-terapia)
 - Arteterapia (musicoterapia, danza, arte)

Interventi aspecifici:

- Rassicurazione
- Touch-Therapy
- Aromaterapia
- Light-Therapy
- Snoezelen Therapy

I secondi, rivolti ai caregivers/familiari, si suddividono in:

Interventi rivolti al paziente:

- Problem solving therapy per il caregiver

- Skill training per migliorare la capacità del caregiver di gestire la cura del paziente
- Interventi educativi per l'uso appropriato di farmaci e gestione dei comportamenti

Interventi rivolti ai familiari/caregivers:

- Terapia familiare
- Gruppo di supporto
- Gruppi psicoeducativi
- Gruppi di auto-aiuto
- Respite
- Interventi cognitivo-comportamentali (depressione).

Anche l'American Psychiatric Association (APA) nel 2007 pubblica le proprie indicazioni rispetto alle tecniche non farmacologiche adatte alla demenza; individua quattro categorie di intervento su:

- Comportamento: tecnica di management comportamenti disturbanti, rinforzo/estinzione, Gente Care, Milieu Therapy;
- Sfera emotiva: Psicoterapie, Reminiscenza, Validation Therapy;
- Funzioni cognitive: Rot, Memory training, Memoria procedurale;
- Stimolazione: Musicoterapia, Attività ricreative (Doll therapy, Pet therapy) utili per migliorare l'umore, la socializzazione e la psicomotricità.

Nel paragrafo successivo si procede all'analisi delle specifiche terapie non farmacologiche maggiormente utilizzate, e che possono fornire spunti interessanti per un approccio multidimensionale.

2.1 Approcci rivolti alle funzioni cognitive

Recentemente il panorama terapeutico ha lasciato spazio a numerose proposte di training cognitivo, da considerare parte integrante del trattamento multidisciplinare delle problematiche legate alla demenza. La riabilitazione cognitiva si pone come obiettivo quello di rinforzare le abilità cognitive residue,

compensando le altre affette, con lo scopo di migliorare e mantenere il funzionamento psicosociale del malato e il senso di benessere, aumentando l'autonomia ed alleggerendo il carico assistenziale affrontato dal caregiver.

Secondo A. Raggi *et al.* (2007) la riabilitazione cognitiva avrebbe quindi come fine il miglioramento delle condizioni di disabilità, piuttosto che un reale miglioramento delle condizioni neurologiche, in un contesto patologico cronico irreversibile verso il quale, come comprensibile dalle ultime pubblicazioni scientifiche, è necessario avvicinarsi tramite un approccio multidimensionale.

2.1.1 Terapia di Orientamento alla Realtà (R.O.T.)

La R.O.T. è stata ideata da J. C. Folsom nel 1958 come supporto ai veterani, in seguito è stata sviluppata da L. R. Taulbee e J. C. Folsom negli anni '60 come tecnica specifica di riabilitazione per i pazienti confusi o con deterioramento cognitivo. Si distinguono due tipologie d'intervento: la *R.O.T. informale*, che prevede l'introduzione di facilitazioni temporo-spaziali nell'ambiente di tutti i giorni, e la *R.O.T. formale*, ovvero più strutturata e condotta in gruppi di 4-6 soggetti omogenei per grado di compromissione cognitiva; i migliori candidati sono i pazienti con deterioramento lieve-moderato, in assenza di alterazioni comportamentali e sensoriali (G. Gambina e C. Pasetti, 2008). La R.O.T. è finalizzata al ri-orientamento del paziente nel tempo, nello spazio e rispetto a se stesso, in modo tale da fornire al malato una migliore comprensione di ciò che lo circonda, con un possibile aumento del senso di controllo e autostima attraverso la partecipazione a relazioni sociali significative (A. Spector *et al.*, 2000a).

Nello studio di A. Raggi *et al.* (2007), l'utilizzo della R.O.T. informale su 50 soggetti con AD per 17 settimane ha ottenuto un effetto significativo sugli outcome cognitivi e funzionali (ADL). Questi dati sono in accordo con la review di A. Spector *et al.* (2000b), riportante l'efficacia della R.O.T. di gruppo sugli aspetti cognitivi e comportamentali, suggerendone l'importante ruolo nel trattamento delle demenze,

anche se è necessario un programma continuativo per mantenere i potenziali benefici nel tempo.

O. Zanetti *et al.* (1996) sostiene invece la necessità di inserire la R.O.T. in un programma di stimolazione multimodale per il raggiungimento di risultati rilevanti, che passa attraverso l'integrazione di altre tecniche o l'inserimento della stessa nella terapia occupazionale insieme alla riabilitazione motoria.

Nella malattia di Alzheimer e nelle demenze in generale sono state proposte molteplici tipologie di stimolazione cognitiva, le più utilizzate risultano essere: la Terapia di Orientamento alla Realtà (R.O.T.), la Reminiscenza, la Rimotivazione, la Validazione, la Terapia Comportamentale e la Terapia Occupazionale (G. Gambina e C. Pasetti, 2008).

2.1.2 Terapia della Rimotivazione

Si tratta di una tecnica cognitivo-comportamentale (JA: Janssen, 1988) il cui scopo è rivitalizzare interessi e stimoli esterni, inducendo il malato a relazionarsi con gli altri ed affrontare/discutere argomenti contingenti. Avviene attraverso brevi discussioni di temi di attualità, quindi indicata per pazienti con deficit cognitivo lieve, in presenza o meno di sintomi depressivi non gravi (K. Koh, et al., 1994). Trova spazio anche nella terapia dei disturbi dell'umore, indipendentemente dalla presenza di deficit cognitivi. Requisito basilare per seguire questo percorso terapeutico sarà l'essere in grado di conversare, affrontare e discutere argomenti relativi la realtà circostante. Può essere proposta individualmente o in piccoli gruppi; è notevolmente strutturata, direttiva e ripetitiva.

2.1.3 Terapia della Reminiscenza

La Terapia della Reminiscenza consiste in un intervento psicoterapico-riabilitativo. Si passa attraverso il richiamo di eventi della vita personale del paziente, per cercare di risolverne i conflitti del passato e di valorizzarlo, così da rafforzarne l'identità, la storia, stimolando contemporaneamente la memoria autobiografica compromessa. Consiste nel richiamo verbalizzato o silente degli

eventi della vita personale. Gli eventi remoti rappresentano lo spunto per stimolare le risorse mnestiche residue e per recuperare esperienze emotivamente piacevoli. Può aver luogo in gruppi o come trattamento individuale (JL. Poulton, Strassberg DS, 1986) e, al pari della Validation Therapy, trova supporto teorico nella teoria psicodinamica (C. Kovach, 1990). Si fonda sulla naturale tendenza dell'anziano a rievocare il proprio passato; il ricordo e la nostalgia, contrariamente a quanto ritenuto in passato, possono essere fonte di soddisfazione e idealizzazione così da contrastare il senso di solitudine e la depressione. Può svolgersi in modo informale, spontaneamente, durante gli incontri giornalieri, oppure può essere inserita nell'ambito di un'attività strutturata, individuale o di gruppo. Mentre alcuni autori impiegano il termine "Reminiscenza" e "Life Review" in modo intercambiabile, altri differenziano questi interventi (C. Kovach, 1990; R. Lashley, 1993). I lavori di valutazione di efficacia nella Terapia di Reminiscenza (TR) sono contraddittori sia per quanto riguarda la sfera affettiva e sociale (AN. Goldwasser et al., 1987), sia per quanto riguarda l'analisi della sfera cognitiva (SE. Moss et al., 2002). Il consensus degli esperti orienterebbe più per dei miglioramenti nelle abilità sociali e nel tono dell'umore piuttosto che nella sfera cognitiva, ma in generale gli studi sono scarsi e privi di un valido paradigma sperimentale. Una revisione della letteratura di Woods B. et al. (2005), ha esaminato tutti i lavori sulla TR riportati nella Cochrane Library, in Medline, Psychlit, Embase, Omni, Bids, Dissertation Abstract International, Sigle e gli articoli più prestigiosi pubblicati dopo il 1998: in generale i dati riportati non sono apparsi statisticamente significativi né per la sfera comportamentale, né tanto meno per quella cognitiva.

2.1.4 Terapia delle 3R

Il tipo di Stimolazione Cognitiva maggiormente diffuso negli ultimi tempi, soprattutto per i pazienti non istituzionalizzati è denominato delle **3R** e consiste nella fusione dei tre approcci non farmacologici sopra descritti: la R.O.T., la Terapia della Reminiscenza e la Terapia della Rimotivazione.

2.1.5 Memory training

La Memory training è una tecnica che mira alla stimolazione della memoria, di solito proposta al malato con l'obiettivo di stimolare e migliorare la memoria procedurale del paziente coinvolgendolo nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana. Si tratta di un intervento di stimolazione cognitiva finalizzato all'apprendimento procedurale, sensoriale e motorio. Si basa sul presupposto che la memoria procedurale risulta conservata più a lungo nel malato di Alzheimer. Quando si parla di memoria procedurale o implicita, ci si riferisce alle conoscenze acquisite senza coscienza di consapevolezza e senza vincolo al ricordo del momento in cui è avvenuto l'apprendimento di procedure e abilità percettive, motorie e cognitive. È stato inoltre dimostrato che la memoria procedurale (implicita), è separata da quella dichiarativa (esplicita), tanto che una può essere danneggiata senza che l'altra ne sia coinvolta. Si tende a formare il familiare in modo che possa proseguire nella proposta anche a casa. Ci si occupa di azioni quotidiane come la cura e l'igiene personale, attività di cucina, azioni legate all'abbigliamento, e alla comunicazione con l'esterno. Risultati importanti si sono ottenuti soprattutto quando il programma riabilitativo è stato inserito in un contesto familiare e la stimolazione finalizzata al potenziamento di attività concernenti il quotidiano (De Vreese LP et al., 2001).

Molti studi sul Procedural Memory Training (PMT) hanno riportato risultati incoraggianti, tuttavia privi di validità ecologica; si basano sull'addestramento di attività ininfluenti nel vivere quotidiano (per es. costruire un puzzle al computer). La stimolazione della memoria procedurale dev'essere finalizzata al potenziamento delle abilità della vita quotidiana e in quest'ambito O. Zanetti (2001) ha verificato l'efficacia di un programma di stimolazione motoria in un gruppo di MA lievi e lievi-moderati, dimostrando un indicativo miglioramento nei tempi d'esecuzione di tredici attività di base e strumentali della vita quotidiana (vestirsi, lavarsi, preparare il caffè, ecc.) dopo adeguato training. Anche in pazienti di grado severo e istituzionalizzati sono stati riscontrati risultati confortanti.

2.1.6 Spaced-retrieval

Si tratta di una tecnica caratterizzata dal recupero di una stessa informazione (ad esempio l'associazione nome-faccia) a intervalli di tempo crescente. Interventi riabilitativi che adottano questa tecnica si sono dimostrati efficaci nel paziente con AD sia nell'identificazione di oggetti, nell'associazione nome-faccia, nella collocazione spaziale di oggetti e nella programmazione di attività quotidiane (memoria prospettica) (L. Backman 1996). Si ipotizza che l'apprendimento tramite questa tecnica sia sostenuto principalmente dalla memoria procedurale.

2.1.7 Terapia Occupazionale (T.O.)

La T.O. è una terapia di stimolazione della memoria procedurale e di riabilitazione funzionale che utilizza diverse attività e occupazioni per potenziare le abilità cognitive e funzionali residue, e favorire la socializzazione. Premessa irrinunciabile è l'identificazione delle attività gradite e significative per il paziente, per le quali ci sono potenzialità per impostare programmi terapeutici finalizzati e personalizzati. Altrettanto importante è la collaborazione della famiglia e di coloro i quali assistono il malato, sia nella fase di acquisizione delle informazioni che nella successiva di ritorno e consolidamento dei risultati.

In una serie di studi clinici controllati è stata valutata positivamente l'efficacia di un intervento di sessioni di TO al domicilio sulle performance di vita quotidiana dei pazienti e sulla riduzione del carico del sistema assistenziale, risultati mantenuti a 3 mesi dall'intervento (MJ. Graff, 2006).

La T.O. è spesso utilizzata nella fase di valutazione diagnostica, per definire il reale livello di autonomia funzionale nelle attività di base e di vita quotidiana (ADL) ma soprattutto nelle attività complesse di vita quotidiana (IADL) e inserita in un contesto di riabilitazione funzionale. Associata alla Riabilitazione Motoria la T.O. migliora le prestazioni cognitive, funzionali residue e relazionali in pazienti con demenza lieve e moderata (D. Bach et al., 1995).

2.1.8 Attività motoria

La letteratura riporta evidenze su come l'attività motoria costituisca uno strumento efficace per influenzare positivamente la funzionalità cognitiva in soggetti anziani sani (K. I. Erickson e A. F. Kramer, 2009; S. J. Colcombe e A. F. Kramer, 2003) e con maggiore rischio di sviluppare demenza (N. Lautenschlager et al., 2008). I possibili meccanismi responsabili della mediazione effettuata dall'esercizio fisico includono modificazioni della vascolarizzazione cerebrale, costituite da un aumento della perfusione ematica ed angiogenesi, arricchimento delle stimolazioni ambientali (N. Lautenschlager et al., 2008) ed influenza positiva sull'espressione genica di fattori di crescita favorenti la neurogenesi, la sinaptogenesi e la produzione neurotrasmettitoriale. In particolare la review di M. Angevaren et al. (2008) riporta come l'esercizio fisico aerobico in soggetti anziani sani sia in grado di migliorare la performance cardiovascolare e le capacità cognitive, nei domini delle funzioni motorie, attenzione visiva e uditiva, memoria e velocità di processamento. Molti autori hanno indagato gli effetti dell'attività fisica di gruppo nei malati di Alzheimer, con la conclusione che questa sia potenzialmente in grado di ottenere miglioramenti significativi su specifici domini cognitivi, quali l'attenzione sostenuta, la memoria visiva e di lavoro, le funzioni esecutive (G. Kemoun et al., 2010; C. Arcoverde et al., 2008; P. Heyn et al., 2004; A. Van de Winckel et al., 2004; S.J. Colcombe e AF. Kramer, 2003), sulla sopravvivenza, sulla performance motoria (equilibrio statico e dinamico, coordinazione, agilità, forza, resistenza, velocità deambulatoria) (G. Kemoun et al., 2010; P. Heyn et al., 2009; C. Arcoverde et al., 2008; R. Santana-Sosa et al., 2008; P. Heyn et al., 2008; Y. Rolland et al., 2007; Y. Netz et al., 2007; P. Heyn et al., 2004; R. C. Arkin, 2003), sulla limitazione della funzionalità quotidiana (C. Arcoverde et al., 2008; R. Santana-Sosa et al., 2008; Y. Rolland et al., 2007;), sui sintomi psicologici (come la depressione), comportamentali (P. Heyn et al., 2004) e sull'umore (C. Arkin, 2003). Contrariamente la review di D. Forbes et al. (2008), sostiene la mancanza di

sufficienti evidenze che dimostrino l'efficacia di programmi di esercizio fisico sulla mortalità, cognizione, funzionalità globale ed aspetti comportamentali.

La programmazione di attività fisiche, prescindendo da indicazioni specifiche, rappresenta un valido approccio per conservare le abilità motorie, stimolare l'appetito, migliorare il ciclo sonno-veglia; è un momento di socializzazione che può essere impiegato anche nel paziente con demenza severa (H. M. Bower, 1967). L'attività fisica può inoltre ridurre la frequenza di disturbi comportamentali. Anche la stimolazione sensoriale, abbinata o meno ad altre attività strutturate, individuali o di gruppo, può rappresentare un mezzo per conservare le abilità residue e mantenere attivo il paziente (L. Richman, 1969). Quando queste attività vengono effettuate in gruppo, l'interazione sociale può migliorare il tono dell'umore dei partecipanti.

2.2 Approcci orientati al comportamento e all'emotività

Sono molti i lavori psicologici proposti alle persone affette da demenza ed ai loro familiari, sia fatte in gruppo che individualmente.

2.2.1 Psicoterapia

Nel caso delle Psicoterapie, il tipo di approccio si basa sull'uso della parola pertanto si concentra maggiormente sulla prima fase della malattia. Permette di lavorare sull'accettazione, sulla condivisione, sull'apertura di sé.

Sono risultate essere particolarmente efficaci le terapie di gruppo per i familiari che possono affrontare problematiche come l'accettazione della malattia, la comprensione, lo sviluppo della consapevolezza circa la condizione dei pazienti e le risorse che si possono impiegare.

Una tecnica molto diffusa è quella dell'Auto-Mutuo-Aiuto (AMA). Questi gruppi offrono alle persone la possibilità di esercitare attenzione ai loro corpi, alle loro menti, ai loro comportamenti e possono aiutare a fare la medesima cosa. Non

solo offrono supporto, ma restituiscono alla persona una competenza, un senso di sé, un ruolo e possibilità di nuovi legami (L. Grosso, 1992).

2.2.2 *Terapia di Validazione*

La Validation Therapy o Terapia di Valorizzazione permette al terapeuta di creare contatti significativi per il paziente attraverso l'ascolto empatico e il contatto oculare e tattile. È possibile agire a livello individuale o di gruppo. Questa terapia viene proposta ad utenti moderati o gravi. Ideata dalla geriatra americana N. Feil. Il principale obiettivo non consiste nel ricondurre il paziente nella realtà attuale, ma, al contrario, è quella di immedesimarsi, in modo empatico, nel suo "mondo" per capirne comportamenti, sentimenti ed emozioni (N. Feil, 1992). La Validation Therapy appare influenzata da terapie psicodinamiche (F. Goudie and G. Stokes, 1989) e nello stesso tempo adotta un approccio "umanistico"; le teorie umanistiche ritengono che il modo in cui il soggetto vede ed interpreta la realtà circostante sia più importante della realtà soggettiva.

2.2.3 *Terapia contestuale (Milieu Therapy)*

Intervento cognitivo-comportamentale che sfrutta la tecnica del condizionamento operante con l'obiettivo di adattare il contesto sociale-affettivo. Rientra nell'ambito degli interventi cognitivo-comportamentali. Si propone di migliorare non tanto l'ambiente fisico quanto piuttosto l'atmosfera sociale e affettiva; consiste nel modificare/modulare il contesto in cui vive il paziente in modo da renderlo compatibile con le sue capacità funzionali e, al tempo stesso, modificare le aspettative terapeutiche sia delle persone che si prendono cura dei pazienti sia dei pazienti stessi (DG. Coons 1979; D. Ermini-Funfschilling 1995). Applica i principi e le procedure di un modello di apprendimento sviluppato da B. Skinner e definito come condizionamento operante, in contrasto al modello di condizionamento classico di I. P. Pavlov. La tecnica del condizionamento operante si basa sul rinforzo positivo di comportamenti adeguati, implica l'uso di rinforzi

positivi generalizzati e diretti per ottenere e mantenere un comportamento adattativo adeguato, e di rinforzi negativi per scoraggiare o inibire il ripetersi di atteggiamenti o reazioni controproducenti. È necessaria un'attenta analisi delle relazioni tra gli eventi o i contesti ambientali e delle conseguenze sul comportamento dei pazienti.

2.2.4 *Modello Gentle Care (Moyra Jones)*

Modello molto diffuso soprattutto nelle strutture residenziali e semiresidenziali. 'Gli elementi fondanti sono la centralità del malato e la ricerca e salvaguardia della sua continuità esistenziale' (Moyra J., 2005). Esso è definito un sistema protesico riassumibile in tre momenti: il primo momento prevede la conoscenza clinico-funzionale della persona malata, arricchita dalla conoscenza biografica dell'utente. Secondo l'ideatrice gli elementi di ordine fisiopatologico insieme ad elementi di ordine personale e di contesto 'concorrono a ridurre la distanza tra la conoscenza oggettiva dei problemi e l'esperienza soggettiva della malattia' (M. Jones, 2000). Il secondo momento dell'iter metodologico prevede la valutazione dell'impatto che la malattia esercita su ogni malato, ossia un'analisi sia dei deficit che la malattia induce, sia dei compensi che il malato mette in atto autonomamente. Per valutare i deficit ci si avvale degli strumenti multi-dimensionali, mentre per valutare comportamenti spontanei e strategie di compensazione ci si basa sulle osservazioni attuate dai caregivers. Il terzo momento consiste nella costruzione di un supporto vero e proprio che si articola in tre elementi inseparabili ed in relazione dinamica l'uno con l'altro: l'ambiente fisico, le persone che curano, le attività ed i programmi che contribuiscono a dare un senso alla giornata del malato (G. Carbone, 2007).

Per quanto riguarda l'ambiente fisico si considera come ambiente protesico la casa, in quanto rappresenta la sintesi di molti elementi connessi alla soggettività della persona. Per quanto riguarda i programmi e le attività nel modello "Gentle Care" si fa riferimento ai concetti legati alla normalità e alla quotidianità. L'intento

principale è quello di ricostruire per ogni malato una 'routine giornaliera personalizzata' che faccia riferimento agli elementi biografici e di contesto noti per quella persona (quindi valori culturali e morali di riferimento, attitudini, propensioni, competenza specifica) che enfatizzino i livelli funzionali esistenti e ottimizzino i punti di forza del malato. I programmi sono costruiti in modo da: essere il più possibile aderenti allo stile di vita del malato, prevedere attività che corrispondono alle reali competenze del malato che verranno ovviamente rivalutate secondo le fasi della malattia, rispondere ai bisogni psicologici quali il bisogno di sicurezza, di appartenenza, di stima di sé. Rispetto al senso di appartenenza alcuni esempi possono essere lavorare con oggetti significativi da guardare e conservare come animali e piante, ascoltandoli e toccandoli; per quanto riguarda la stima di sé le reminiscenze e ricordi, il controllo del denaro, la possibilità di aiutare gli altri; in riferimento alla realizzazione del sé alcune attività possono essere insegnare, imparare, ricordare, attività creative. In riferimento al bisogno di sicurezza e i bisogni del malato alcuni suggerimenti si potrebbero individuare nel posizionare i partecipanti in posture confortevoli, coinvolgerli nelle attività strumentali e di base della vita quotidiana, nell'utilizzare il massaggio per entrare in contatto con l'ammalato (Vitali S.F., 2004).

2.3 Approcci orientati alla stimolazione sensoriale

La stimolazione sensoriale, abbinata o meno ad altre attività strutturate, individuali o di gruppo, può rappresentare un mezzo per conservare le abilità residue e mantenere attivo il paziente.

2.3.1 *Snoezelen (Stimolazione multisensoriale)*

Nasce in Olanda negli anni '70; il termine (che è un neologismo) deriva da due verbi olandesi: Snuffelen = "cercare fuori" o "esplorare" Snoezelen = "rilassare" o "sonnecchiare". La tecnica è stata concepita per persone con disabilità intellettive, basandosi su ricerche che indicavano reazioni positive di queste persone inserite in

un ambiente di stimolazione plurisensoriale. E' oggi diventata sinonimo di "stimolazione multisensoriale controllata" utilizzata per persone con gravi disabilità intellettive esposte ad un ambiente "calmante" e "stimolante" che si basa sui cinque sensi, chiamato Snoezelen Room (o stanza di stimolazione multisensoriale). Utilizza effetti luminosi, colori, suoni, musiche, profumi ecc... Un ambiente ricco di stimoli sensoriali che non comporta richieste eccessive alle capacità cognitive ma coinvolge e stimola le residue abilità senso-motorie delle persone con demenza: stimolazione dei cinque sensi, uso di fonti luminose, superfici tattili, musica rilassante, aromi di oli essenziali (K. W. Hope, 1998). La stimolazione multisensoriale può migliorare la qualità di vita delle persone con demenza. E' un esempio di approccio innovativo che va incontro ai bisogni sanitari, sociali e ricreazionali della persona con demenza. La stimolazione multisensoriale induce gli operatori sanitari e i familiari a una maggiore interazione tra loro e con i pazienti (J. Ball, BK. Haight, 2005).

2.3.2 Aromaterapia

Molti studi sono stati recentemente attivati sull'utilizzo degli oli essenziali con la demenza. L'uso di essenze fa spesso parte della quotidianità e alcune di queste sarebbero anche in grado di influire sui disturbi dei dementi. Ad esempio in alcune strutture residenziali sono stati riempiti sacchetti di biancheria per la casa con fiori di Lavanda e posti sotto i guanciali al fine di facilitare il sonno ed così come sono stati messi anche all'interno delle bambole per la Doll-Therapy. Uno studio ha dimostrato che l'uso della Lavanda è in grado di migliorare il sonno in pazienti con demenza ricoverati nelle case di cura (J. Henry, 1994). In un altro studio sono stati miselati oli essenziali di Mandarino, Geranio e Lavanda in una base di olio di mandorle che è stato applicato sulla pelle di 39 pazienti per un periodo non specificato. L'intervento si è tradotto in una maggiore prontezza, tono dell'umore e miglioramento del sonno notturno; si sono inoltre ridotti i livelli di agitazione, irrequietezza e passeggiate maniacali (K. Kilstoff e L. Chenoweth, 1998). Melissa e

Lavanda sono state anche utilizzate in una ricerca effettuata su un gruppo di sei pazienti confrontato con uno di controllo che utilizzava solo olio di girasole per una settimana. Il trattamento ha dimostrato maggiori capacità funzionali, di comunicazione e miglioramento dei disturbi del comportamento (Mitchell, 1993). L'utilizzo di olio essenziale di Lavanda sia come aroma che per il massaggio aromatico è stato utilizzato in uno studio con 21 pazienti confrontato con un gruppo sottoposto a solo massaggio senza aromi per una settimana. L'Aromaterapia con massaggio ha mostrato una riduzione della frequenza di disturbi comportamentali e motori (J. Smallwood , R. Brown, F. Coulter, et al., 2001). In un altro studio l'olio essenziale di Lavanda è stato sottoposto a un gruppo di 15 pazienti come aroma ed è stato confrontato con un altro gruppo sottoposto ad effetto placebo (acqua), a giorni alterni per periodi di dieci giorni. L'Aromaterapia ha ridotto significativamente il comportamento agitato (valutati attraverso la scala Pittsburgh dell'agitazione) rispetto al gruppo sottoposto a placebo (C. Holmes, V. Hopkins, C. Hensford, et al., 2002). Una lozione a base di Melissa è stata applicata sul volto e sulle braccia di 36 pazienti, mentre un altro gruppo di 36 pazienti riceveva l'applicazione di solo olio di Girasole. Il primo ha mostrato che Melissa in olio essenziale può essere associata ad una riduzione altamente significativa dell'agitazione (misurata con la Cohen- Mansfield Inventory-CMAI) e del ritiro sociale, con un aumento delle attività costruttive (mappatura demenza) (C. G. Ballard, JT. O'Brien, K. Reichelt, et al., 2002). Lavanda, Maggiorana, Patchouli e Vetiver sono stati applicati miscelati a una crema neutra spalmata su tutto il corpo ad un gruppo di 36 pazienti confrontato con un gruppo di controllo a cui è stato applicato solo un olio inerte. La miscela con gli oli essenziali ha notevolmente aumentato il Mini Mental State Examination (MMSE) e ridotto la resistenza alle cure (EJ. Bowles Dilys, M.Griffiths, L. Quirk, et al., 2002). Tutti i trattamenti effettuati hanno portato vantaggi, tra cui (nella maggior parte dei casi) la riduzione dell'agitazione, il miglioramento dell'insonnia e del comportamento asociale. Difficile comprendere le reali motivazioni dell'efficacia: si potrebbe pensare che

l'azione dell'Aromaterapia sia direttamente collegata al profumo gradevole, ma molti dei pazienti con demenza, soprattutto in fase avanzata, hanno perso il senso dell'olfatto. Un altro aspetto particolare sottolineato da Snowetal, è che non sia possibile ridurre il principio attivo al solo aspetto olfattivo, in quanto vi sono studi che dimostrano l'efficacia sull'agitazione non utilizzandone l'aroma bensì applicandolo come lozione sulla pelle (LA. Neve, L. Hovanec e J. Brandt, 2004). Uno studio condotto in Corea ha riferito che massaggi manuali che utilizzano l'olio essenziale di Lavanda riducono l'aggressività (SY. Lee, 2005). In generale, gli oli essenziali scelti per l'utilizzo in Aromaterapia sono quelli noti per avere meno effetti nocivi, ossia con minori rischi potenziali per gli utenti. Lavanda è l'olio essenziale considerato più sicuro, insieme ad altri come Basilico, Camomilla, Coriandolo, Limone, Arancio, Neroli. Gli oli essenziali devono essere utilizzati con le stesse precauzioni di qualsiasi altro tipo di farmaco. Gli oli essenziali potrebbero anche essere utilizzati per uso interno fornendo un trattamento per la malattia di Alzheimer, la demenza e altri disturbi psichiatrici, ma per questo è necessario il supporto di personale esperto.

2.3.3 Terapia della bambola

La Empathy Doll o Doll Therapy ha origine con il contributo della terapeuta Britt-Marie Egedius-Jakobsson in Svezia. Essa consiste nel ricorso alla bambola che riveste gradualmente un significato simbolico, avendo allo stesso tempo sia un ruolo di distrazione che di stimolo, rappresentando un contesto in cui poter manifestare emozioni e pensieri. La Doll Therapy riesce a dirigere l'attenzione della persona demente verso un compito semplice ossia l'accudimento di una bambola. Questo permette di sentirsi utili e capaci di svolgere semplici attività quotidiane, di dare affetto, di prendersi cura di qualcuno esprimendo emozioni primordiali. Anche la memoria procedurale viene chiamata in causa nell'esecuzione di alcuni gesti di cura come la vestizione, il cullare o l'alimentare. Le bambole terapeutiche originali

sono denominate Joyk e sono definite empatiche, possiedono specifiche proprietà (peso, morbidezza, dimensioni, tratti somatici...).

2.3.4 *Pet therapy*

Nasce nel 1964 grazie allo psichiatra infantile Boris M. Levinson. Nel 2003 l'utilizzo di animali da compagnia è stato riconosciuto come terapia ufficiale. In un anziano istituzionalizzato la compagnia di un animale consente di assicurare una presenza, di dare e ricevere affetto, di favorire la comunicazione e l'interazione, di stimolare, di risvegliare interessi, di offrire dei punti di repere (AFIRAC Association Française d'Information et de Recherche sul l'Animal de Compagnie). La relazione di tipo empatico è più facile tra uomo e animale che tra uomo e uomo perché prescinde dalle funzioni più compromesse dalla malattia: il linguaggio, l'orientamento, la memoria, la capacità critica e di giudizio, ecc. Si è visto che i parenti di dementi che possedevano un cane o un gatto presentavano minori segni di stress e di burn-out rispetto a coloro che non possedevano un animale (CL. Fritz e coll., 1996). Oggi, secondo le normative ministeriali, i programmi di PT comprendono: la TAA che è la Terapia con l'Ausilio di Animali ossia un intervento diretto al conseguimento di un preciso obiettivo sanitario nel quale l'animale, che deve possedere specifici requisiti, costituisce parte integrante del trattamento; si tratta di un intervento terapeutico e riabilitativo rivolto a soggetti con patologie neuromotorie, cognitive e psichiatriche e la AAA che è invece l'Attività con l'Assistenza di Animali cioè un intervento diretto al conseguimento di benefici di tipo motivazionale, educativo, ricreativo e/o terapeutico avente l'obiettivo di migliorare la qualità della vita (attività di tipo ludico, ricreativo ed educativo, finalizzate a migliorare la qualità di vita dei soggetti coinvolti). Un'indagine condotta mediante registrazione televisiva continua di una decina di sedute, mostra come, in presenza di un cane, vi sia un netto aumento dei segnali di interazione sociale (sorrisi, sguardi, toccamenti), e una riduzione dei segnali di disagio (N. Franceschi, 2004). Una valutazione dello stato cognitivo condotta mediante la scala

SIB (Severe Impairment Battery) ha mostrato un lieve miglioramento complessivo dei punteggi nel test eseguito in presenza del cane, miglioramento che risulta significativo riguardo agli items che esplorano il linguaggio (UK. Ghibaudi, 2002).

2.3.5 Touch Therapy

Massaggi ed interventi di Touch Therapy sono stati proposti come alternativa o complemento ai trattamenti farmacologici ed altri, con l'obiettivo di contrastare ansia, agitazione, depressione e per rallentare il declino cognitivo in persone affette da demenza. Nella letteratura contenuta in Cochrane Library vi sono diciotto studi su Massoterapia e demenza, due di questi in particolare sono ritenuti idonei per rigore metodologico. I risultati riferiscono una particolare efficacia in soggetti con disturbi comportamentali (V. Hansen, T. Jorgensen, L. Ortenblad).

2.3.6 Light-Therapy

Studi controllati dimostrano che il "trattamento con luce brillante" (Light-Therapy) è efficace nei disturbi dell'umore, a carattere stagionale e non, con effetti equivalenti a quelli della maggior parte dei farmaci antidepressivi (The American Journal of Psichiatria, Aprile 2005). Gli effetti sono stati misurati non solo in termini di miglioramento soggettivo nel tono dell'umore ma anche attraverso la misurazione di parametri biologici come i livelli di cortisolo, melatonina e determinate funzioni del sistema serotonergico. Risultati importanti si sono ottenuti anche sull'alterazione del ritmo sonno-veglia nei dementi, oltre ad aver migliorato lo stato depressivo.

2.3.7 Approccio di cura globale

A. Raggi *et al.* (2007), in parallelo con B. Thom (2011) e A. Guaita e SF. Vitali (2004), ritiene sia fondamentale un approccio di cura globale, basato sulla combinazione di terapia farmacologica, riabilitazione cognitiva, motoria e comportamentale, per incidere significativamente sulla patologia. È necessario quindi un intervento riabilitativo multidisciplinare e multidimensionale, in grado di

associare tutte le metodologie di cura per il trattamento della malattia a lungo termine; ciascuna metodica assume relativa efficacia se non supportata dalle altre.

La ricerca bibliografica condotta allo scopo di verificare in letteratura dati riferiti a trattamenti associati di riabilitazione cognitiva e motoria, ha identificato tuttavia solamente sette lavori scientifici; lo studio di D.H. Kang *et al.* (2010) ha indagato gli effetti di un trattamento comprendente attività fisica, stimolazione cognitiva, orticoltura e musicoterapia su 18 soggetti con AD, evidenziando benefici nelle funzioni cognitive, livelli depressivi e stato emotivo. Il lavoro di G. Christofolletti *et al.* (2008), condotto su 54 soggetti dementi per 6 mesi, ha verificato l'efficacia di un programma composito di terapia occupazionale e riabilitazione motoria, concludendo che il gruppo sperimentale ha beneficiato di un'attenuazione del declino cognitivo nei domini della fluenza verbale e delle funzioni esecutive e di un miglioramento dell'equilibrio. S. Burgener *et al.* (2008) riporta i benefici di un gruppo di riabilitazione multimodale (esercizio fisico e counseling cognitivo-comportamentale) di 40 settimane, in contrapposizione ad un gruppo di controllo sottoposto a programmi educativi, in termini di autostima, funzioni cognitive ed equilibrio. Nello stesso anno C. Arcoverde *et al.* (2008) ha condotto uno studio incrociato raffrontando i risultati di un gruppo di individui dementi frequentante sessioni di esercizio fisico e stimolazione cognitiva, ed un gruppo di controllo (solo esercizio fisico): l'autore conclude che nonostante i dati dei due gruppi di malati siano notevolmente inferiori ai progressi ottenuti da un campione di individui sani sottoposti ad attività motoria per lo stesso tempo, la stimolazione cognitiva e l'attività motoria possono contribuire a rallentare la progressione della demenza ed il declino funzionale. S. Arkin (2007) indaga gli effetti di un programma terapeutico comprendente riabilitazione motoria arricchito con stimolazione cognitiva ed associato ad attività ricreative, riportando un rallentamento della progressione dei sintomi per i soggetti compresi nel gruppo sperimentale. Ancora J. Olazaran *et al.* (2004) confronta i risultati di un gruppo cognitivo e motorio di 44 individui con MCI e AD associato a supporto psico-sociale,

e di un gruppo sottoposto al solo supporto, entrambi in trattamento farmacologico con anticolinesterasici: dopo un anno il gruppo sperimentale ha mostrato un miglioramento significativo dell'umore, degli aspetti comportamentali e della qualità della vita, insieme ad una stabilizzazione temporanea delle abilità cognitive, attribuiti dall'autore agli interventi psico-motori. Infine P. Heyn (2003) presenta gli outcomes positivi di un programma multisensoriale di 8 settimane di 13 soggetti dementi in termini di partecipazione e funzionalità globale.

2.4 Approcci artistici

Nelle Artiterapie in generale, il prodotto artistico si sostituisce alla parola come mezzo di comunicazione e rappresenta un elemento essenziale nella relazione terapeutica. Le tecniche artistiche offrono all'utente la possibilità di esprimere pensieri ed emozioni attraverso la produzione di un "qualcosa" che il terapeuta è in grado di decodificare. Utilizzando l'arte è possibile raccontare, senza utilizzare necessariamente la parola, contenuti che possono presentarsi caotici, invasivi, difficili nel pensiero e che trovano invece nell'arte una modalità di espressione. L'arte può sembrare un'improbabile risorsa per il recupero e la riabilitazione, ma il suo impatto su coloro che soffrono di disturbi cognitivi, come ictus e demenza, ha dimostrato dei risultati positivi e misurabili, come ad esempio una migliore capacità motoria, mnemonica e creativa. "Nell'atto di creazione di ciascun individuo l'arte nutre l'anima, coinvolge le emozioni e libera lo spirito, e questo può incoraggiare le persone a fare qualcosa semplicemente perché vogliono farlo. L'arte può motivare tantissimo, poiché ci si riappropria, materialmente e simbolicamente, del diritto naturale di produrre un'impronta che nessun altro potrebbe lasciare ed attraverso la quale esprimiamo la scintilla individuale della nostra umanità". (Warren B., 1995)

L'Arteterapia include l'insieme delle tecniche e delle metodologie che utilizzano le varie attività artistiche visuali (musica, danza, teatro, marionette, costruzione e narrazione di storie e racconti...) come mezzi terapeutici, finalizzati al

recupero ed alla crescita della persona nella sfera emotiva, affettiva e relazionale. E' dunque un intervento di aiuto e di sostegno con una mediazione non-verbale attraverso l'uso di materiali artistici e si fonda sul presupposto che il processo creativo messo in atto nel fare "arte" produce benessere, salute e migliora la qualità della vita. Attraverso l'espressione artistica facilitata da un terapeuta adeguatamente formato, è possibile incrementare la consapevolezza di sé, fronteggiare situazioni di difficoltà e di stress, affrontare esperienze traumatiche, migliorare le abilità cognitive e godere del piacere che la creatività artistica porta con sé. L'Arte è per sua natura sensoriale, cioè corporea (sensazioni visive, acustiche, tattili, olfattive, percezione e organizzazione dello spazio) e coinvolge emozioni e processi cognitivi che attraverso vari linguaggi creativi ed il processo di simbolizzazione trovano espressione, dando forma all'esperienza. L'Arte è, in sostanza, un uso particolare di linguaggi in cui l'organizzazione dell'esperienza sensoriale si carica di profondi contenuti interni alla persona. In Arteterapia, il fulcro è legare gestualità, espressività, immaginazione, emozioni, attraverso esperienze di pittura, danza, musica nella forma della produzione diretta; inoltre il lavoro arte-terapeutico non può essere indipendente da un lavoro sul "contatto personale" che anima tutte le esperienze effettuate con i diversi linguaggi.

2.4.1 Arteterapia

La terapia che si basa sull'Arte rientra nelle tecniche terapeutiche non verbali, si avvale dell'uso di materiali artistici per la creazione di un oggetto che rappresenta il mondo interiore del soggetto. Grazie al linguaggio simbolico quest'attività risulta molto utile per esplorare i vissuti laddove non sia più possibile farlo a livello verbale. "Attraverso l'Arteterapia si ha la possibilità di attivare risorse che tutti possediamo: la capacità di elaborare il proprio vissuto, dandogli una forma, e di trasmetterlo creativamente agli altri. Si tratta di un processo educativo, laddove "educare" sta per "educere", cioè "portare fuori": far emergere la consapevolezza ed

una maggior conoscenza di sé mediante la pratica espressiva, l'osservazione ed il confronto.” (Atti del Convegno Nazionale sulle Arti Terapie nella scuola, 2001).

L'intervento tende ad attivare diverse modalità di comunicazione che aumentano l'autostima e la possibilità di percepirsi, da parte di chi ne usufruisce, come individuo capace di fare e di esprimere, in un contesto di relazione con il gruppo in cui è inserito. Nell'orientamento di Edith Kramer (artista e arteterapeuta, che già dagli anni '30 e '40 ha praticato da iniziatrice quest'approccio), l'arte come terapia viene concepita come mezzo di sostegno dell'Io, ed espressione del Sé, in grado di favorire lo sviluppo di un senso di identità e promuovere una generale maturazione ed integrazione. Grande attenzione viene posta al processo artistico, senza interpretare il prodotto (questo significa quest'altro), poiché è l'atto di produrre un'impronta creativa e rendere terapeutico il percorso verso l'integrazione. Queste impronte (i prodotti dell'attività creativa) possono poi certamente dare all'operatore una chiave per capire il modo in cui l'individuo incontra e decifra la realtà, e aiutarlo nel fare chiarezza, ma questo non è che una traccia, un'indicazione delle possibilità che si aprono in una fase successiva del processo. Per poterla praticare, non sono necessarie precedenti esperienze o competenze di tipo artistico; non è questo il contesto in cui possano emergere giudizi di tipo estetico, poiché ogni espressione dell'anima e della propria umanità, fosse anche solo un semplice segno o un insieme caotico di linee e colori, è manifestazione autentica di un sentire profondo e come tale, di valore inestimabile. Non si tratta dunque di creare un atelier artistico in cui il prodotto finale assuma un'importanza bensì di coniugare le procedure e le teorie artistiche con orientamenti e fondamenti delle teorie della psicoanalisi, della psicologia, della pedagogia, dell'antropologia e della comunicazione non-verbale, in una disciplina chiamata “Arteterapia”, che concentra la propria attenzione sul processo artistico-espressivo. L'Arteterapia ci tuffa pienamente dentro tale processo vitale permettendoci di godere del piacere di creare, di lasciare le nostre tracce, di dare forma e trasformare, di superare, di crescere.

2.4.2 Danzaterapia

La terapia che si basa sulla Danza (Danzaterapia o DanzaMovimentoTerapia) si fonda sul linguaggio non verbale aiutando la persona a mettersi in relazione con il proprio mondo attraverso una modalità espressiva. Si basa sul principio per cui il corpo immagazzina sensazioni e memorie che attraverso la danza emergono e possono essere comprese. L'uso sistematico della danza a fini terapeutici ebbe inizio nel Regno Unito agli inizi del secolo scorso e si diffuse poi negli Stati Uniti, negli anni Settanta è approdato in Italia. Partendo dall'osservazione dei benefici sul corpo e sulla mente delle forme di danza spontanea dei popoli primitivi, sono state sperimentate tecniche di utilizzo della comunicazione non verbale attraverso la danza, giungendo con R. Von Laban all'uso del movimento per l'espressione delle emozioni. In questa prospettiva il movimento comincia a essere inteso anche come uno strumento che rivela molte caratteristiche individuali, come gli stati d'animo e la personalità. Il corpo in movimento viene analizzato considerando principalmente quattro elementi come indicatori della realtà del soggetto quali peso, spazio, corpo e flusso, creando il sistema di analisi del movimento. Oggi le varie metodologie esistenti si fondano su diverse interpretazioni teoriche del ballo e delle sue potenzialità di supporto alla mente. "Chi danza...alimentando uno spazio interiore che si specchia nello spazio esterno permette di avvicinarsi alla scoperta di essere parte integrante del processo vitale..." (E. Cerruto, 2008)

2.4.3 Musicoterapia

Le tecniche musicoterapiche (musicoterapia attiva/musicoterapia ricettiva) possono essere inserite anch'esse tra le Artiterapie, o meglio, nell'ambito delle terapie espressive, vale a dire quell'insieme di interventi essenzialmente non verbali che utilizzano mediatori "artistici" allo scopo di favorire, ampliare e modellare le modalità espressive e comunicative (G. Manarolo, 2011). L'oggetto artistico assume il ruolo di oggetto mediatore tra le esigenze del paziente e la situazione terapeutica (Caterina, 2005).

CAPITOLO 3

MUSICOTERAPIA E DEMENZA

La musica esiste quando c'è un ritmo.

(I. Stravinsky)

Il principio fondamentale per trattare la demenza è la stimolazione delle abilità residue. Concentrarsi su ciò che è rimasto, integro o parziale, ricorrendo a pratiche riabilitative e terapeutiche che coinvolgano il paziente, che lo stimolino in modo adeguato, cercando di riattivare l'interesse del soggetto nei confronti del mondo esterno e degli altri.

Fra le terapie che risultano funzionare in modo efficace vi è la Musicoterapia, la quale utilizza come elemento fondamentale quello sonoro-musicale. Sono molti i lavori fatti con gli anziani che utilizzano la musica e che hanno fornito importanti risultati. Ci giungono scritti interessanti di attività di musicoterapia svolte già nel dopoguerra negli Stati Uniti (L. Bunt, 1994). Da allora molto lavoro è stato svolto e le pubblicazioni che portano le notevoli potenzialità di questa disciplina sono innumerevoli (G. Porzionato, 2000). Prima di passare all'analisi dei risultati di specifici studi fatti con la demenza, si ritiene opportuno partire dalla definizione della disciplina, facendo riferimento al recente Manuale di Musicoterapia curato dal dott. G. Manarolo.

3.1 Definizioni di musicoterapia

Facendo riferimento alla letteratura presente in materia si propongono di seguito alcune definizioni di Musicoterapia. La prima a cui si fa riferimento è quella elaborata dalla World Federation of Music Therapy (WFMT), proposta nell'ambito dell'VIII Congresso Mondiale di Musicoterapia tenutosi ad Amburgo nel 1996: "La Musicoterapia è l'uso della musica e/o dei suoi elementi (suono, ritmo e armonia)

per opera di un musicoterapista qualificato, in rapporto individuale o di gruppo, all'interno di un processo definito per facilitare e promuovere la comunicazione, le relazioni, l'apprendimento, la mobilitazione, l'espressione, la organizzazione ed altri obiettivi terapeutici degni di un rilievo nella prospettiva di assolvere i bisogni fisici, emotivi, mentali, sociali e cognitivi. La musicoterapia si pone come scopi quelli di sviluppare potenziali e/o riabilitare funzioni dell'individuo in modo che egli possa ottenere una migliore integrazione sul piano intrapersonale e/o interpersonale e, conseguentemente, una migliore qualità della vita attraverso la prevenzione, la riabilitazione e la terapia."

In precedenza, nel 1983, R. O. Benenzon ha fornito una definizione che comprende oltre agli aspetti terapeutici, anche elementi legati alla ricerca scientifica: "Da un punto di vista scientifico, la musicoterapia è un ramo della scienza che tratta lo studio e la ricerca del complesso suono-uomo, sia il suono musicale o no, per scoprire gli elementi diagnostici e i metodi terapeutici ad esso inerenti. Da un punto di vista terapeutico, la musicoterapia è una disciplina paramedica che usa il suono, la musica e il movimento per produrre effetti regressivi e per aprire canali di comunicazione che ci mettano in grado di iniziare il processo di preparazione e di recupero del paziente per la società".

K. Bruscia nel suo libro "Defining Music Therapy" (1998) definisce la musicoterapia "un processo sistematico di intervento dove il terapeuta aiuta il paziente a raggiungere uno stato di salute tramite l'uso di esperienze musicali e della relazione che si sviluppa tra loro come forze dinamiche di cambiamento".

Nel 1999 durante il congresso della WFMT tenutosi a Washington, sono stati riconosciuti cinque "modelli" musicoterapici: la musicoterapia benenzoniana, la musicoterapia comportamentale e cognitiva, la musicoterapia creativa di Nordoff/Robbins, la musicoterapia analitica di Mary Priestley, l'approccio "immaginario guidato e musica" (GIM).

A seguire si procede nella descrizione delle principali caratteristiche e peculiarità dei vari approcci:

- *Musicoterapia benenzoniana*: impiega una tecnica di tipo attivo centrata sulla libera improvvisazione; l'intervento musicoterapico si caratterizza per il contesto non verbale e per l'atteggiamento non direttivo del musicoterapista finalizzato all'osservazione e all'ascolto del paziente. La musicoterapia utilizza suono, movimento e musica per provocare effetti regressivi, catartici e aprire canali di comunicazione con l'obiettivo di migliorare per il loro tramite i processi comunicativi e relazionali. Al centro dell'approccio vi è il concetto di ISO, che rappresenta il vissuto sonoro di ogni individuo, sintetizza la nozione dell'esistenza di un suono o di un insieme di suoni o di fenomeni sonori che ci caratterizzano e che ci individualizzano.
- *Musicoterapia comportamentale e cognitiva*: utilizza tecniche attive e ricettive. Il modello prevede l'impiego di rinforzi positivi, negativi, strategie quali l'esposizione, l'estinzione e la desensibilizzazione, tecniche di rilassamento, di giochi di ruolo finalizzati ad ottenere condizionamenti e controcondizionamenti. Per Madsen e Cotter (1968) si tratta di un intervento finalizzato alla modificazione del comportamento cognitivo. L'elemento sonoro-musicale serve da stimolo, da struttura che organizza la dimensione temporale ed il movimento corporeo, da centro di attenzione e da rinforzo. "I metodi di educazione musicale Orff-Schulwerk sono stati applicati effettivamente in un contesto comportamentista...La musica [quindi] è usata come terapia, rinforzo, suggerimento esterno, come un'esperienza di apprendimento musicale e per dare l'opportunità di modificare comportamenti non musicali" (L. Bunt, 1994).
- *Musicoterapia creativa di Nordoff/Robbins*: anche questa metodica prevede un approccio attivo. Si prefigge di promuovere l'essere umano, potenziarne l'espressività, gli aspetti comunicativi e relazionali, di ridurre i comportamenti patologici. L'approccio prevede due musicoterapisti in

compresenza, uno dei quali si relaziona con il paziente per facilitare l'accesso all'esperienza sonoro/musicale, l'altro, per lo più al pianoforte, improvvisa sequenze sonoro/musicali in rapporto al contesto e all'utente.

- *Musicoterapia analitica di Mary Prestley*: approccio attivo di matrice psicodinamica, finalizzato all'evoluzione psichica del paziente. Il metodo impiega le valenze simboliche della musica improvvisata (da mt e pz) per esplorare la vita interiore del paziente, per favorire l'evoluzione, trasformare, integrare e rafforzarne il Sé. Il musicoterapista cerca di collegare, anche attraverso un processo verbale, la musica improvvisata alle dinamiche del paziente.
- *Approccio "immaginario guidato e musica" (GIM)*: utilizza tecniche di rilassamento e musica classica per stimolare l'immaginario a lavorare per fini terapeutici. Si tratta di un modello recettivo che richiede una specifica formazione psicoterapeutica. La fondatrice del metodo è Helen Lindquist Bonny, che lo descrive come un metodo olistico, umanistico e transpersonale.

Nel Manuale si legge inoltre che "la musicoterapia studia il rapporto uomo/elemento sonoro-musicale con finalità diagnostiche e applicative (prevenzione, riabilitazione, terapia). I presupposti teorici che fondano tale disciplina fanno riferimento alla peculiarità dell'elemento sonoro/musicale." (G. Manarolo, 2011).

Passando ad aspetti più tecnici, si definisce inoltre che la musicoterapia divide i propri interventi in due classi: *attivi*, in cui i pazienti sono invitati a fare esperienze dirette e creative, e *recettivi*, dove viene privilegiato l'ascolto e l'aspetto della verbalizzazione successiva. La musicoterapia attiva può acquisire valenze evolutive in quanto sollecita nel paziente un atteggiamento espressivo, un fare ed un manifestare (G. Manarolo, 2011). Ancora, le sedute musicoterapiche possono essere individuali o di gruppo, a seconda delle necessità e degli obiettivi del

paziente. Se nel trattamento individuale l'interazione sonoro/musicale (sia attiva che recettiva) mantiene la sua specificità, nel trattamento di gruppo è evidente come spesso le dinamiche sociali tendano a sovrapporsi e a condizionare quelle strettamente sonoro/musicali e musicoterapiche (G. Manarolo, 2011). All'interno del gruppo il musicoterapista alterna modalità d'approccio e di conduzione non direttive ad altre direttive, in rapporto alle esigenze cliniche del gruppo e dei vari partecipanti. Egli cerca di favorire l'avvio di processi espressivi-comunicativi-relazionali modulando un atteggiamento tendenzialmente neutrale, rivolto maieuticamente a far emergere potenzialità e diversità presenti nel gruppo, con un approccio più strutturato e strutturante mirato anche alla costruzione di un oggetto sonoro/musicale connotato da valenze artistiche ed estetiche. Il musicoterapista offre un contesto, più o meno aperto, al cui interno favorire percorsi espressivi-comunicativi-relazionali e socializzanti, una maggiore consapevolezza delle emozioni espresse, un conseguente miglioramento nella gestione delle stesse. La regolazione degli aspetti emotivi è altresì favorita dalla progressiva acquisizione di maggiori competenze espressive e simboliche che permettono di connotare la produzione sonoro/musicale del gruppo di aspetti estetici ed artistici. Possiamo distinguere fra obiettivi globali, mirati a favorire un percorso di gruppo che possa procedere dalla socializzazione all'integrazione (interpsichica ed intrapsichica) e obiettivi specifici, determinati dalle caratteristiche del gruppo, dalle sue necessità, dalle sue tematiche (G. Manarolo, 2011).

Infine, si intende sottolineare che nello stesso manuale (G. Manarolo, 2011), si considera la musicoterapia come una terapia espressiva che utilizza l'elemento sonoro/musicale come mediatore relazionale; il suono, la musica, in virtù di certe loro caratteristiche possono facilitare un intervento sui disturbi della sfera espressivo-comunicativo-relazionale e possono altresì agevolare processi di integrazione psico-corporea. L'elemento sonoro/musicale, quindi, può facilitare l'espressione di vissuti emotivi e altresì la loro organizzazione in strutture formali e simboliche. La finalità è quella di promuovere processi espressivi-comunicativi-

relazionali, attivare la loro mentalizzazione, facilitare l'integrazione degli aspetti psico-corporei, attivare e regolare la soggettiva dimensione emotiva. Le strategie utilizzano l'empatia, la sintonizzazione affettiva e l'improvvisazione.

3.2 Individuo e musica

Nonostante il deterioramento cognitivo della persona le competenze musicali di base, quali intonazione, sincronia ritmica e senso della tonalità, permangono integre. Questo permette un dialogo attraverso il suono, la melodia ed il ritmo, fondamenti essenziali di tutte le proposte musicali. Non esistono individui non portati per la musica in quanto ognuno di noi ha un proprio "bagaglio musicale" come spiega Oliver Sachs: "D'altra parte, sulla quasi totalità di noi, la musica esercita un enorme potere, indipendentemente dal fatto che la cerchiamo o meno, o che riteniamo di essere particolarmente "musicali". Una tale inclinazione per la musica traspare già dalla prima infanzia, è palese e fondamentale in tutte le culture, e probabilmente risale agli albori della nostra specie. Questa "musicofilia" è un dato di fatto della natura umana. Può essere sviluppata o spalmata dalla cultura in cui viviamo, dalle circostanze della vita o dai particolari talenti e punti deboli che ci caratterizzano come individui; ciò nondimeno è così profondamente radicata nella nostra natura da imporci di considerarla innata." (O. Sachs, 2007)

Nonostante le difficoltà dovute al deterioramento cognitivo il mezzo sonoro-musicale costituisce una via privilegiata per arrivare direttamente al cuore e per stimolare le parti sane del cervello delle persone interessate. L'obiettivo primario è creare un ponte, un collegamento che permetta di entrare nel mondo in cui il soggetto tende a chiudersi, creando una relazione di fiducia, di scambio ed un metodo comunicativo. Per fare questo può essere necessario attingere non solo dal bagaglio musicale ma anche da tutte le possibili abilità correlate all'espressione umana: pertanto non solo suono e voce, ma anche movimento, respiro, gesto, colore, emozione. Ogni mezzo che permette di entrare in contatto con l'altro va valutato come utilizzabile, mantenendo comunque un contatto che non venga

percepito come pericoloso ma assolutamente rispettoso. Diceva C. G. Jung: “Il terapeuta deve ricordarsi che il paziente è lì per essere trattato e non per verificare una teoria”. Attraverso la “flessibilità” e la “creatività” del terapeuta è possibile creare situazioni che favoriscano la relazione. Qualsiasi elemento musicale dal ritmo al timbro, dalle altezze alle forme compositive deve poter essere modificato e adattato alle esigenze dell’utente. Tenendo presente il pensiero di K. Bruscia si cerca di non strutturare rigidamente le sedute ma di “lasciarle fluire liberamente... momento dopo momento permettendo al processo terapeutico di svolgersi fenomenologicamente”. Un aspetto importante riguarda il non fare proposte al di sopra delle capacità del paziente in quanto potrebbero cagionare in lui stati di frustrazione che senz’altro impedirebbero la comunicazione, producendo probabilmente atteggiamenti di resistenza o di ostilità. L’approccio del musicoterapista dovrà essere sicuramente attento e rispettoso, in grado di favorire e/o generare situazioni di piacere e gratificazione utili a distendere il paziente, a sollecitarne una partecipazione volontaria, a sollecitare nuove modalità comunicative.

3.3 Intervento musicoterapico con i malati di Alzheimer

Attualmente la musica e l’elemento sonoro-musicale sono utilizzati in geriatria con finalità e modalità molto diversificate e definite genericamente “terapeutiche”. Molte attività sono in realtà di animazione musicale con l’obiettivo di offrire una situazione di benessere in un contesto di socializzazione, altre invece sono esperienze di ascolto musicale con finalità varie: evocative per attivare momenti di verbalizzazione, gruppali in cui questi contenuti possono emergere, induttive di nessi spazio-temporali per facilitare il riconoscimento di ambienti o di momenti strutturati della giornata, o infine contenitive. “Nella demenza avanzata tace la parola che costantemente ci impegna nella costruzione o ricostruzione della nostra identità. Quando non ci sono né ricordi né parole significanti non c’è

desiderio e l'anziano demente entra in una dimensione a lui stesso estranea, è straniero a sé e agli altri" (A. Spagnoli, M. Pierri, 2001).

Esistono pubblicazioni in merito ad attività di musicoterapia svolte con malati di Alzheimer (G. Manarolo, 2001) le quali dimostrano che gli stessi pazienti ne traggono benefici per diversi aspetti: la memoria a breve termine, il tono dell'umore, l'orientamento spazio-temporale, il senso di identità, le competenze espressive e relazionali.

Lo studio, pubblicato sulla rivista Nord Americana di Musicoterapia di J.M. Koger, K. Chapin, M. Brotons (1999) prende in esame ventuno articoli, per un totale di 336 soggetti, apparsi su varie riviste scientifiche dal 1985 al 1997. La meta-analisi dei differenti lavori evidenzia come la musicoterapia possa favorire il mantenimento e l'accrescimento delle capacità sociali, emozionali e cognitive. I sintomi che rispondono al trattamento sono apparentemente diversi. La partecipazione ai gruppi di canto migliora il comportamento sociale; l'ascolto musicale può ridurre l'agitazione psicomotoria e la confabulazione; le attività musicali in genere migliorano il tono dell'umore, l'orientamento spazio-temporale e rendono i pazienti meno irritabili. Gli autori della ricerca sottolineano come sia ancora difficile correlare gli aspetti metodologici e tecnici con i differenti risultati ottenuti. I vari parametri presi in considerazione (musicoterapia attiva, musicoterapia recettiva, musica dal vivo, registrata, durata del trattamento, livello di professionalità del musicoterapista) non sono apparsi in diretto rapporto con l'efficacia del trattamento. Alcuni articoli, apparsi sempre sulla rivista Nord Americana di Musicoterapia, comprovano ulteriormente l'efficacia dell'intervento musicoterapico con il paziente Alzheimer, sia nella fasi iniziali che in quelle avanzate della malattia.

Un interessante studio di J. J. Liedman e A. Maclaren del 1991 riguarda l'impiego della musica per stimolare la memoria a breve termine. La ricerca ha dimostrato che i dieci pazienti coinvolti erano in grado di ricordare meglio il materiale cantato rispetto a quello parlato, incluso il parlato ritmico; la prestazione

migliore è stata relativa al ricordo di canzoni familiari. Sembra inoltre che il contesto musicale faciliti in genere la possibilità di ricordare le parole. Il paziente risulta in grado anche di memorizzare materiale nuovo.

Un ulteriore contributo di A. A. Clair, B. Bernstein, G. Johnson (1995) si occupa di pazienti Alzheimer gravemente regrediti. Questi pazienti non sono più in grado di partecipare ad attività musicali tradizionali (come il canto), tuttavia continuano a partecipare ad attività ritmiche che prevedono la percussione. Questi pazienti suonano con maggiore costanza strumenti a percussione tenuti in grembo, forse per via della stimolazione vibro-tattile che anche pazienti così gravi riescono a percepire. Per gli autori il ritmo è alla base di attività quotidiane, per questi motivi non necessita di processi cognitivi raffinati. Infatti anche il paziente grave risulta capace di riprodurre i modelli ritmici che gli vengono proposti; è in grado di mantenere un tempo all'interno di un gruppo; tende a suonare nell'ambito di un determinato modello ritmico; risponde al terapeuta all'interno di una struttura domanda/risposta. La prevedibilità dei modelli ritmici potrebbe fornire strutture per risposte ripetitive che richiedono poche competenze cognitive e che consentono anche a pazienti così gravi di attivare processi relazionali.

"Il paziente in una seduta di musicoterapia deve dimenticare di essere un malato di Alzheimer per trasformarsi in una persona con molte alternative. Qualsiasi associazione prodotta dall'ISO in interazione (l'Identità sonoro-musicale che nasce dalla relazione) può essere espressa attraverso una parte del corpo, un movimento, un canto, un sibilo, un colpo di piede, una percussione, un grido, un sussurro, un mormorio". (R. Benenzon, 2001)

"Va evidenziato che non basta l'associazione "musica" e "malattia di Alzheimer" per definire terapeutico un intervento, come d'altra parte non è scontato che un intervento musicoterapico adeguatamente impostato produca sempre effetti terapeutici" (P. Postacchini, 2003). Lo stesso Postacchini specifica che è importante distinguere due diverse tipologie di interventi musicoterapici:

- con “finalità terapeutiche”, nei quali per terapia si intende la strategia che dall'interno dell'individuo facilita i processi di consapevolezza di sé, di regolazione delle emozioni e delle capacità comunicative, il cui fulcro mira a realizzare un cambiamento soprattutto in ambito comunicativo-relazione e affettivo;
- con “finalità riabilitative”, dove in accordo con Raglio si intende la strategia che dall'esterno favorisce lo sviluppo dei processi cognitivi, relazionali e di socializzazione; il punto centrale dell'intervento è la stimolazione sonoro-musicale che ha l'obiettivo di mantenere e/o potenziare le abilità cognitive (la memoria, l'attenzione, la coordinazione senso-motoria, la capacità di discriminazione, ecc...) e di incidere sul piano comportamentale.

K. Bruscia (1993) distingue "fra musica *IN* terapia e musica *COME* terapia" e, all'interno di quest'ultima, pone la distinzione tra una *MUSICO*terapia, a prevalente componente tecnica, e una *MUSICO*TERAPIA, a prevalente componente relazionale, una classificazione utile per capire perché operatori con provenienze diverse facciano uso, all'interno di setting diversi, dello stesso strumento comunicativo.

Rispetto all'ambito geriatrico e in particolare alla malattia di Alzheimer, R. Benenzon (2001) sottolinea l'importanza di un lavoro attivo che il musicoterapista deve condurre interagendo con il nucleo familiare del malato in quanto la famiglia occupa un lato importante come struttura di holding che si forma attorno al paziente. Nel suo metodo sono previste alcune sessioni attive anche con la famiglia affinché non solo questa porti dei dati sugli ISO del paziente ma anche affinché ognuno riconosca i suoi propri. L'obiettivo è di preparare i familiari a supportare e proseguire la terapia.

Il mezzo sonoro-musicale sembra essere una via per stimolare le parti sane del cervello di questi pazienti, coinvolgerli in attività gratificanti e un aiuto a ri-orientarli alla vita. Inoltre la capacità di ascolto, la sintonizzazione e la flessibilità creativa sembrano essere capacità o attitudini indispensabili per chi opera con questo mezzo, e ciò induce a chiedersi se gli effetti positivi ottenuti in queste

ricerche siano da imputare proprio alla musica come nuovo valido strumento di cura o piuttosto alle capacità relazionali del terapeuta o musicoterapeuta che, in questo secondo caso, potrebbero manifestarsi comunque e dare effetti benefici analoghi anche senza usare la musica o il suono strutturato.

3.4 Studi clinici ed evidenze scientifiche

La Review “Music, music therapy and dementia: A review of literature and the recommendations of the Italian Psychogeriatric Association” passa in rassegna i più recenti studi clinici riguardanti l’uso della musica e della musicoterapia effettuati con demenza.

Autori Anno	Titolo	Obiettivo	Attività	GS/GC Frequenza durata attività	Assessment	Risultati
Sung et al. 2006	The effects of group music with movement intervention on agitated behaviors of institutionalized elders with dementia in Taiwan. Complementary Therapies in Medicine.	Valutare gli effetti della musica e del movimento sull’agitazione e in anziani dementi istituzionalizzati.	Gruppo sperimentale: attività musicale e di stimolazione motoria; Gruppo di controllo: cure abituali.	Gruppo sperimentale: 18 anziani ; gruppo di controllo: 18 anziani. 2 volte alla settimana per 8 settimane	Cohen-Mansfield Agitation Inventory modificato; mCMAI	Significativa riduzione dell’agitazione e dopo 4 settimane.
Sung et al. 2010	A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. Journal of Clinical	Valutare la riduzione dell’ ansia in anziani dementi istituzionalizzati ascoltando musiche preferite.	Gruppo sperimentale: ascolto di musiche preferite; Gruppo di controllo: nessuna musica.	Gruppo sperimentale: 29 soggetti; gruppo di controllo: 23 soggetti. 12 sedute di 30 minuti per 2 volte alla	Rating Anxiety in Dementia.	Notevole riduzione dei punteggi dell’ansia.

	Nursing.			settimana.		
Sung et al. 2012.	A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry.	Valutare la riduzione dell'ansia e dell'agitazione e suonando strumenti a percussione su musiche preferite in anziani dementi istituzionalizzati.	Gruppo sperimentale: suonato strumenti a percussione su musiche conosciute; Gruppo di controllo: solite cure.	60 residenti assegnati casualmente a gruppo sperimentale e di controllo. 27 soggetti hanno completato il percorso per 6 settimane, 2 volte a settimana.	Rating Anxiety in Dementia; mCMAI.	Abbassato il livello dell'ansia ma il livello di agitazione è rimasto invariata.
Nair et al. 2011	The effect of Baroque music on behavioural disturbances in patients with dementia. The Australasian Journal of Ageing.	Valutare l'effetto della musica Barocca sui disturbi comportamentali in pazienti con demenza.	Ascolto passivo di brani di musica barocca in aree comuni della struttura per entrambi i gruppi in sistema crossover. Quando un gruppo viene sottoposto ad ascolto di musica, il secondo no e viceversa.	75 pazienti divisi in 2 gruppi con sistema crossover, alternando osservazione e ascolto. 4 settimane per 3 ore al giorno di ascolto e 2 di osservazione.	mCMAI	L'ascolto di musica Barocca influisce negativamente e sul comportamento aumentando i disturbi.
Chang et al. 2010	The effect of a music programme during lunchtime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan. Journal of	Valutare l'effetto di un programma di musica durante la pausa pranzo sui disturbi comportamentali di anziani dementi istituzionalizzati.	Ascolto di musica di pianoforte e suoni della Natura che imitano il battito cardiaco	41 pazienti per 8 settimane, con la prima di sola osservazione.	cMAI cinese.	Significativa riduzione dei comportamenti aggressivi sia fisici che verbali anche per una settimana successiva alla fine del trattamento.

	Clinical Nursing.					
Zare et al. 2010	The effects of music therapy on reducing agitation in patients with Alzheimer's disease, a pre-post study. International Journal of Geriatric Psychiatry.	Valutare l'effetto della Musicoterapia sulla riduzione dell'agitazione e in pazienti con Alzheimer.	Gruppo sperimentale ascolto di musica preferita individualmente, ascolto di musica preferita dal gruppo, ascolto di musica classica (tipo Vivaldi), attività di canto dei brani preferiti. Gruppo di controllo: solite cure	Gruppo sperimentale: 16 soggetti; gruppo di controllo: 10 soggetti. Il GS viene suddiviso in 4 sottogruppi sottoposti ad attività differenti.		Tutto il gruppo ha presentato significativa riduzione dell'agitazione.
Garland et al. 2007	A comparison of two treatments of agitated behavior in nursing home residents with dementia: simulated family presence and preferred music. American Journal of Geriatric Psychiatry.	Confrontare l'effetto di due tipi di trattamento sui disturbi comportamentali in residenti con demenza: la simulazione della presenza della famiglia e la musica preferita.	Gruppo sperimentale: ascolto della musica preferita, simulazione della presenza della famiglia (con ascolto di voci registrate), lettura di un libro di orticoltura (per effetto placebo). Gruppo di controllo: cure usuali.	30 soggetti suddivisi in vari gruppi sottoposti ad attività differenti. Sessioni di attività per 3 giorni consecutivi per 3 settimane alternate alla non terapia.		Musiche preferite e simulazione hanno ridotto l'agitazione fisica. La simulazione di presenze ha ridotto l'agitazione verbale.
Lin et al. 2011	Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia. International Journal of Geriatric	Valutare l'efficacia dell'intervento musicale di gruppo sui disturbi comportamentali in anziani con demenza.	Gruppo sperimentale: ascolto musicale, ascolto di pezzi selezionati, canto e creazione di musica secondo un programma predefinito;	Gruppo sperimentale: 49 pazienti Gruppo di controllo: 51 pazienti 12 sessioni di incontri per 2 volte alla	cMAI cinese	Riduzione dell'agitazione

	Psychiatry.		Gruppo di controllo: cure usuali.	settimana.		
Cooke et al. 2010	A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression in older people with dementia. Journal of Health Psychology..	Esplorare l'effetto della musica sulla qualità della vita e sulla depressione nelle persone anziane con demenza.	Gruppo sperimentale: partecipa ad attività musicali con musiche familiari scelte da un musicista e musica pre-registrata, in cui i soggetti partecipano attivamente suonando strumenti, cantando e ballando. Gruppo di controllo: coinvolto in una attività di ascolto.	Gruppo sperimentale: 24 soggetti; gruppo di controllo: 23 soggetti. 8 settimane con 3 sessioni di 40 minuti, seguite da 5 di Washout e poi ripresa.	Dementia Quality of Life; Geriatric Depression Scale.	Non migliorate depressione e qualità di vita. Però migliorati il senso di appartenenza, la stima di sé e i sintomi depressivi.
Cooke et al. 2010	A randomized controlled trial exploring the effect of music on agitated behaviours and anxiety in older people with dementia. Aging and Mental Health.	Valutare l'effetto della musica su agitazione ed ansia in anziani con demenza.	Gruppo sperimentale: sottoposto a musica dal vivo per 40 minuti; Gruppo di controllo: ascolto di musica guidata.	47 pazienti con randomizzazione in cross-over. 3 incontri alla settimana per 8 settimane.	CMAI breve; Raid	Non ci sono stati cambiamenti significativi su ansia e agitazione ma sia la musica che l'ascolto hanno aumentato la verbalizzazione

Raglio et al. 2010	Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: a randomized controlled trial. Aging and Mental Health.	Valutare efficacia della Musicoterapia basata su cicli di sedute.	Gruppo sperimentale: cure standard (attività educative ed occupazionali) più trattamento di musicoterapia con approccio improvvisativo intersoggettivo Gruppo di controllo: cure standard.	Gruppo di 60 partecipanti. 3 cicli di 12 sessioni per 3 volte alla settimana con intervalli di un mese senza attività.	Scala Neuropsychiatric Inventory	Riduzione dei disturbi comportamentali.
Raglio et al. 2008	Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. Alzheimer Disease and Associated Disorders.	Valutare l'efficacia della Musicoterapia nel trattamento dei disturbi comportamentali e psichiatrici della demenza.	Gruppo sperimentale: attività usuali (educative e/o di intrattenimento) più trattamenti di Musicoterapia con approccio improvvisativo intersoggettivo Gruppo di controllo: cure standard.	Gruppo sperimentale: 59 soggetti; gruppo di controllo: 29 soggetti. 16 settimane (30 sessioni in totale).	Scala Neuropsychiatric Inventory	Riduzione di comportamenti disturbanti come ansia, agitazione, apatia, irritabilità, wandering, disturbi del sonno e deliri.
Han et al. 2010	A controlled naturalistic study on a weekly music therapy and activity program on disruptive and depressive behaviors in dementia. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders.	Valutare l'effetto della Musicoterapia abbinato ad un programma di attività occupazionale e sui disturbi comportamentali nella demenza.	Gruppo sperimentale: terapia occupazionale più attività musicali quali canto, movimento, esplorazione strumentale, esercizi di memoria accompagnati da musica. Gruppo di controllo: cure	Gruppo sperimentale: 43 soggetti; gruppo di controllo: 15 soggetti. 8 settimane con un incontro settimanale.		Migliorati i disturbi comportamentali e depressivi.

			classiche			
Choi et al. 2009	Effects of group music interventions on behavioral and psychological symptoms in patients with dementia: a pilot-controlled trial International Journal of Neuroscience.	Valutare gli effetti di interventi musicali su disturbi comportamentali e psicologici in pazienti con demenza.	Gruppo sperimentale: canto e scrittura di canzoni, analisi dei testi, costruzione e suono degli strumenti; Gruppo di controllo: solite cure	10 persone. 15 sessioni, con 3 incontri alla settimana		Migliorati significativamente i disturbi comportamentali soprattutto l'agitazione
Guétin et al. 2009	Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders.	Valutare gli effetti della Musicoterapia su ansia e depressione in pazienti con demenza di tipo Alzheimer.	Gruppo sperimentale: attività di musicoterapia recettiva individuale. Gruppo di controllo: sottoposto ad ascolto, stesso numero di incontri.	Gruppo sperimentale: 15 utenti; gruppo di controllo: 15 utenti 16 sessioni a cadenza settimanale.	Scala Hamilton; Geriatric Depression Scale.	Il GS mostra una significativa riduzione dell'ansia e della depressione già dalla quarta settimana e fino ad 8 settimane dalla fine dell'intervento.
Svandottir et Snaedal 2006	Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study. International Psychogeriatrics.	Valutare l'effetto della Musicoterapia nelle persone con Alzheimer di tipo moderato e grave.	Gruppo sperimentale: canto condiviso, accompagnamento strumentale ed improvvisazione sonoro-musicale guidata da due musicoterapisti. Gruppo di controllo: cure abituali.	Gruppo sperimentale: 20 soggetti; gruppo di controllo: 18 soggetti. 18 sedute per 3 volte alla settimana per 30 minuti.		Riduzione dell'agitazione e dell'ansia.

Holmes et al. 2006	Keep music live: music and the alleviation of apathy in dementia subjects. International Psychogeriatrics .	Valutare gli effetti della musica dal vivo sulla riduzione dell'apatia in soggetti dementi.	Gruppo sperimentale: musica dal vivo con coinvolgimento diretto o musica pre-registrata. Gruppo di controllo: cure abituali.	32 pazienti con sistema "case control".		Riduzione dell'apatia ed incremento del livello di coinvolgimento durante l'esposizione a musica dal vivo. Dopo 4 settimane effetti scomparsi.
Gerdner 2000	Effects of individualized versus classical relaxation music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders. International Psychogeriatrics .	Confrontare gli effetti dell'ascolto di musica preferita rispetto alla musica classica e valutare la ricaduta sull'agitazione e sui disturbi comportamentali in persone con Alzheimer.	Gruppo sperimentale: ascolto di musica preferita dal vivo. Gruppo di controllo: ascolto di musica classica pre-registrata.	39 pazienti 12 sessioni		Significativa riduzione dell'agitazione e all'ascolto di musica dal vivo preferita rispetto alla classica.
Ashida 2000	The effect of reminiscence music therapy session on changes in depressive symptoms in elderly persons with dementia. Journal of Music Therapy.	Valutare l'effetto della Musicoterapia abbinata a sessioni di Reminiscenza sui sintomi depressivi in persone con demenza.	I soggetti vengono stimolati a ricordare fatti relativi a temi definiti dall'ascolto di canzoni accompagnate dalla chitarra; la sessione inizia con il suono di strumenti a percussione e l'ascolto di una canzone.	20 pazienti.		Il gruppo musicale ha presentato una significativa riduzione dei sintomi depressivi.

Van de Winckel et al. 2004	Cognitive and behavioral effects of music-based exercises in patients with dementia. Clinical Rehabilitation	Valutare gli effetti che esercizi musicali hanno su aspetti cognitivi e disturbi comportamentali in donne con demenza.	Gruppo sperimentale: training di esercizi fisici accompagnati da musica. Gruppo di controllo: solo conversazione quotidiana.	Gruppo sperimentale: 15 pazienti: gruppo di controllo: 10 pazienti. Ogni giorno per 30 minuti.	MMSE e fluenza verbale; AMSTERDAM DEMENTIA SCREENING -6 TEST.	Notevole miglioramento nella cognizione. Nessun effetto sul comportamento.
Optale et al. 2010	Controlling memory impairment in elderly adults using virtual reality memory training: a randomized controlled pilot study. Neurorehabilitation and Neural Repair.	Verificare l'effetto sulla memoria di percorsi di Virtual Reality (VR) usando anche la musica.	Gruppo sperimentale: sottoposto a 3 mesi di formazione della memoria seguita da 3 mesi di stimolazione uditiva. Gruppo di controllo: solo ascolto di musica rilassante face-face e contemporaneo racconto di storie.	36 pazienti residenti in strutture a lungo termine.	VIRTUAL REALITY (VR)	Le valutazioni neuropsicologiche mostrano un significativo incremento del punteggio dei test della memoria. Il GC ha osservato un significativo declino delle funzioni cognitive.
Bruer et al. 2007	The temporal limits of cognitive change from music therapy in elderly persons with dementia or dementia-like cognitive impairment: a randomized controlled trial. Journal of Music Therapy.	Valutare la durata nel tempo dei cambiamenti cognitivi in persone con deficit cognitivo o demenza, sottoposte ad ascolto di brani familiari e visione di films.	Gruppo sperimentale: ascolto di canzoni familiari (della metà degli anni '50) Gruppo di controllo: visione di film.	28 pazienti con decadimento cognitivo. L'attività si è svolta una volta alla settimana.	Valutazione prima delle attività, a fine attività, il giorno seguente e dopo una settimana.	Significativo miglioramento delle funzioni cognitive sia a fine attività che il giorno seguente alla sessione musicale. Nessun miglioramento ad una settimana

						dall'attività.
Irish et al. 2006	Investigating the enhancing effect of music on autobiographical memory in mild Alzheimer's disease. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders.	Indagare l'effetto che la musica ha sul miglioramento della memoria autobiografica in pazienti con Alzheimer.	Gruppo sperimentale: proiezione di figure in ripetizione abbinata a musica. Gruppo di controllo: proiezione delle stesse figure non abbinata a musica.	Gruppo sperimentale: 10 soggetti con AD lieve; gruppo di controllo: 10 utenti adulti.		Nel GS significativa riduzione dell'ansia ed incremento della memoria autobiografica nella condizione musicale, sia dopo la prestazione che il giorno dopo. Nessun miglioramento ad una settimana.
Thompson et al. 2005	Music enhances category fluency in healthy older adults and Alzheimer's disease patients. Experimental Aging Research.	Valutare l'effetto che la musica classica ha sulla fluenza in adulti sani e con Alzheimer.	Gruppo sperimentale: attività per la fluenza verbale con abbinato ascolto musica "4 Stagioni di Vivaldi". Gruppo di controllo: soli esercizi per fluenza.	Gruppo sperimentale: 16 pazienti con demenza; gruppo di controllo: 16 adulti anziani sani.	1-minicategory fluency compiti	Nel GS si rilevano prestazioni superiori alla parte senza musica.
Brotson and Koger 2000	The impact of music therapy on language functioning in dementia. Journal of Music Therapy.	Comprendere l'effetto della Musicoterapia sul linguaggio.	Gruppo sperimentale: sessioni di conversazione e musica. Gruppo di controllo: solo conversazione.	20 pazienti con demenza 8 sessioni (4 di musicoterapia e 4 di conversazione e viceversa)	Valutazione ogni 4 settimane. WESTER APHASIA BATTERY.	La Musicoterapia aumenta le performances significativamente sia nei contenuti dei discorsi sia sull'estensione

						che sulla scioltezza del discorso.
Hagen et al. 2003	On a happier note: validation of musical exercise for older persons in long-term care settings. International Journal of Nursing Studies.	Confermare la validità degli esercizi musicali anche in abbinamento a movimento su persone ospiti in ambienti di cura a lungo termine.	Suddivisione in vari gruppi con differenti attività: nessuna proposta, terapia occupazionale, movimenti abbinati a musica degli anni '20,'30, '40.	60 pazienti. Durata dei trattamenti: 10 settimane.		Miglioramento sia delle funzioni fisiche che di quelle cognitive nel gruppo della terapia occupazionale e sia in quello degli esercizi con la musica (in questo più cambiamenti in maggiori funzioni).
Raglio et al. 2010	Effects of music therapy on psychological symptoms and heart rate variability in patients with dementia. A pilot study. Current Aging Science.	Valutare gli effetti della Musicoterapia a sui disturbi comportamentali e sulla variazione dei parametri fisiologici in persone con Alzheimer e demenza vascolare.	Gruppo sperimentale: musicoterapia con approccio di tipo attivo. Gruppo di controllo: cure standard.	20 pazienti randomizzati		Nel gruppo sottoposto a Musicoterapia si è notata riduzione dei sintomi depressivi (almeno 50% del gruppo), miglioramento della variabilità della frequenza cardiaca suggerendo un miglioramento delle funzioni cardiovascolari.

Okada et al. 2010	Effects of music therapy on automatic nervous system activity, incidence of heart failure events, and plasma cytokine and catecholamine levels in elderly patients with cerebrovascular disease and dementia. International Heart Journal.	Evidenziare gli effetti della Musicoterapia sul sistema Parasimpatico, l'incidenza sugli eventi di insufficienza cardiaca e verificare la riduzione nel plasma di citochine e catecolamine in anziani con malattia cerebrovascolare e demenza.	Gruppo sperimentale: trattamenti di musicoterapia (incluso filastrocche, canzoni folkloristiche, inni e pop music giapponese). Gruppo di controllo: solite cure.	Gruppo sperimentale: 55 pazienti con disturbi cerebrovascolari e demenza; gruppo di controllo: 32 pazienti 10 sedute di 45 minuti a cadenza settimanale.		Nel gruppo sperimentale c'è stato un significativo incremento delle attività parasimpatiche ed una riduzione delle citochine plasmatiche ed il livello di catecolamine. Niente nel gruppo di controllo.
Takahashi-Matsushita 2006	Long-term effects of music therapy on elderly with moderate/severe dementia. Journal of Music Therapy.	Valutare gli effetti della Musicoterapia a lungo termine su cognitivo, cortisolo e livelli di pressione in persone con demenza medio-grave.	Gruppo sperimentale sottoposto ad un intervento di musicoterapia (musica folk per stimolare la memoria, con accompagnamento di strumenti soprattutto percussioni). Gruppo di controllo: solite cure.	43 pazienti con demenza medio-grave suddivisi in 2 gruppi. Incontro settimanale per 2 anni.		Miglioramento sul piano cognitivo, sul livello di cortisolo, sulla depressione, sulla pressione sistolica arteriosa. Si sono abbassati i disturbi comportamentali. Miglioramenti mantenuti per 2 anni.

Suzuki et al. 2004	Behavioral and endocrinological evaluation of music therapy for elderly patients with dementia. Nursing & Health Sciences.	Valutare gli effetti sul comportamento e sugli aspetti endocrinologici della Musicoterapia in anziani con demenza	Gruppo sperimentale: approccio di Musicoterapia che comprende canzoni, musica prodotta con strumenti ritmici, brani scelti tra quelli che i familiari hanno indicato come preferite. Gruppo di controllo: cure standard.	2 incontri a settimana per 8 settimane consecutive.	Miglioramento nella sottoscala del linguaggio e riduzione dell'irritabilità solo nel gruppo sperimentale. I livelli di Cromogramma A significativamente ridotti. Non miglioramenti cognitivi.
--------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sebbene con qualche limitazione appare evidente che questi studi dimostrino l'efficacia dell'approccio musicoterapico, soprattutto nei disturbi psicomportamentali (BPSD). Un altro aspetto che emerge di fondamentale importanza per il successo dell'intervento musicoterapico riguarda la valenza dell'interazione diretta del professionista con la persona trattata.

CAPITOLO 4

“MUSICAL-MENTE”: LA MIA ESPERIENZA

*Se vuoi costruire una nave, non radunare gli uomini per far loro raccogliere il legno,
e distribuire i compiti e suddividere il lavoro,
ma insegna loro la nostalgia del mare ampio e infinito.*

(Saint-Exupery)

Nell'ambito del territorio veronese le carenze evidenziate dal sistema socio-sanitario nell'approcciare la fase di cura e assistenza di persone affette da sindromi di demenza ha indotto i familiari delle persone interessate ad organizzarsi autonomamente per la necessità di creare un "sistema di cure in rete". E' nata così una realtà in grado di garantire un'adeguata attenzione agli aspetti diagnostico-terapeutici del paziente, un sostegno alla famiglia, ivi compreso l'aiuto nell'espletamento delle questioni burocratiche legate alla malattia, e che favorisca tutti i soggetti coinvolti nel guardare alla realtà in modo nuovo, anche ai fini di recuperare un'integrazione sociale magari perduta. Tale rete si pone come auspicio la possibilità di coinvolgere in misura maggiore anche medici di base e medici specialisti, per la cura degli aspetti farmacologici e del deterioramento fisiologico, Comuni e assistenti sociali per la gestione degli aspetti socio-economici, psicologi per il supporto psicologico alla famiglia e al paziente, vari operatori professionali (educatori, fisioterapisti, musicoterapisti, arteterapisti....) per valorizzare, recuperare e mantenere le abilità residue del malato. Tutte queste figure, con la loro opera, possono offrire un'importante presenza e aiuto alle persone coinvolte, ridonare loro dignità e sollievo alle famiglie.

Quindici anni fa a Verona è nata l'Associazione Alzheimer Italia - Verona, affiliata a quella nazionale, gestita da familiari di pazienti affetti da sindrome di

Alzheimer che hanno deciso di riunirsi per non affrontare in solitudine l'assistenza e l'affiancamento del proprio congiunto.

4.1 Struttura

L'Associazione Alzheimer Italia - Verona è nata con lo scopo di divenire punto di riferimento per tutte le famiglie che scelgono di accudire un malato di Alzheimer presso la propria abitazione. Andando incontro alle richieste dei caregivers l'Associazione si è attivata da subito per favorire la nascita di appositi Centri per accogliere "pazienti con demenza senile o altre forme degenerative che necessitano di assistenza ausiliare e rinforzo cognitivo". Si tratta di strutture in cui i pazienti si possono ritrovare per alcune ore alla settimana svolgendo attività opportunamente strutturate, sollevando almeno in parte le famiglie dal carico assistenziale. Nel tempo i Centri si sono evoluti ed hanno modificato la loro identità seguendo non solo le esigenze dei partecipanti ma anche quelle degli Enti sostenitori. Oggi esistono ventidue sedi di questi Centri, ubicati in buona parte della provincia di Verona; tutti quanti sono accomunati dalla presenza fondamentale dei volontari, supportati da professionisti per lo svolgimento delle attività. I Centri si distinguono in tre diverse tipologie, differenziate tra loro per storia e struttura organizzativa, e dalla tipologia di utenti che vi afferiscono:

- *Centri Sollievo*: attualmente finanziati dal progetto "Sollievo" della Regione Veneto sono attualmente i più numerosi, aperti alle famiglie due volte alla settimana. Tra le attività realizzate figurano quelle dedicate alla sollecitazione cognitiva, condotte da uno psicologo/educatore, e quelle musicali condotte da un musicoterapista. Gli utenti frequentano questi Centri presentano una diagnosi della malattia allo stadio iniziale, con grado lieve-moderato;
- *Laboratori per la Memoria*: accolgono persone ad uno stadio avanzato della malattia; il numero dei partecipanti è ridotto per difficoltà gestionali.

Gli incontri possono essere organizzati in collaborazione con strutture residenziali per anziani (case di riposo), e in genere realizzati in strutture esterne per consentire la frequenza anche a persone che non vogliono entrare in struttura. Le attività proposte sono di carattere riabilitativo, tra cui la fisioterapia e la stimolazione cognitiva. Sono presenti anche figure sanitarie quali fisioterapisti e infermieri in formazione. Un incontro settimanale viene dedicato alle attività artistiche e sensoriali tra cui quella musicale;

- *Centri di Socializzazione*: sono aperti sia ad anziani affetti da demenza che ad utenti sani del territorio di ubicazione del Centro stesso. Per la frequenza non è necessaria una diagnosi, ed è previsto un solo incontro alla settimana in cui vengono proposte attività di animazione musicale e/o musicoterapia di gruppo.

4.2 Organizzazione

L'Associazione Alzheimer Verona, in quanto OdV (Organizzazione di Volontariato) è istituzionalmente formata da un direttivo costituito da volontari, spesso con esperienza da "familiari" di pazienti Alzheimer. Vi è un Comitato Scientifico formato prevalentemente da figure (medici di base, geriatri, neurologi e altre collaborazioni occasionali) con notevole esperienza maturata nel campo delle demenze, che in forma di volontariato si occupano dell'attività scientifica dell'Associazione (convegni, pubblicazioni, contenuti attività, collaborazioni scientifiche). L'équipe professionale è attualmente così composta:

- sette psicologhe, le quali ricoprono anche funzioni educative, che si dedicano alle attività terapeutiche di sollecitazione cognitiva
- cinque psicologhe che seguono il sostegno psicologico ed i gruppi di auto-mutuo-aiuto
- cinque musicoterapisti

- una psicomotricista
- due fisioterapisti (che fanno capo alla casa di riposo che collabora al Laboratorio della Memoria di Nogara). Ogni gruppo professionale ha un proprio referente che fa parte del “gruppo di coordinamento” il quale si interfaccia a sua volta con il Comitato Scientifico.

Dal 2014 è iniziata la collaborazione al protocollo di ricerca “Active music therapy for persons with dementia and their family caregivers” in collaborazione a Fondazione Sospiro e al CRRNC dell’Università di Verona.

All'interno dell'organizzazione la sottoscritta ha l'incarico di svolgere attività musicali e musicoterapiche in alcuni Centri (5 Centri Sollievo e 2 Centri di Socializzazione), e di coordinarne l'intera attività operativa, con funzione di coordinamento specifico del gruppo professionale dei musicoterapisti.

4.3 Obiettivi

Gli obiettivi specifici prefissati all'inizio di ogni ciclo di attività sono i seguenti:

- *movimento e rilassamento*: la musica è in grado di favorire il rilassamento, la distensione muscolare ed il movimento anche di arti colpiti; essa spinge alla motricità;
- *socializzazione*: la musica, come attività sociale, agisce sul piano della prevenzione e facilita la comunicazione; consente l’integrazione e la coesione del gruppo, la partecipazione e lo stabilirsi di legami tra i partecipanti, il rinforzo dell’identità del singolo, l’emergere di sentimenti positivi originati dalla sensazione di appartenenza;
- *ricreazione (aspetto ludico)*: la musica può essere fonte di godimento, di gioia e di divertimento spontaneo; essa dà un piacere momentaneo che non richiede sforzo di apprendimento né implica preparazione;

- *gratificazione* (aspetto animativo): l'influenza di un clima musicale incoraggia visibilmente l'attività generale, l'espressività e la creatività, aumentando la considerazione di se stessi e l'autostima;
- *aiuto alla memoria* (terapia della reminiscenza): la musica fa rivivere momenti del passato, rende presenti situazioni connotate in senso emotivo, soprattutto i periodi felici della vita, e aiuta a ristrutturare la nozione del tempo; attraverso l'uso di canzoni e musiche accettate e riconosciute si stimolano i ricordi e le associazioni;
- *apprendimento*: la musica facilita l'apprendimento secondo due modalità principali: il ri-apprendimento di una destrezza perduta o menomata in seguito a malattie o traumi, e l'apprendimento di nuove competenze per compensare quelle perdute o menomate;
- *contatto con la realtà*: la musica aiuta gli anziani a stabilire e mantenere, durante gli incontri, brevi momenti di contatto con la realtà; la scansione settimanale degli incontri, ad esempio, aiuta a ristrutturare e ri-orientare la sensazione del tempo;
- *sostegno e rinforzo psicologico*: la musica dà sollievo alla propria ansia e consente all'anziano di allentare l'attenzione su se stesso e i suoi disturbi, allontanando pensieri negativi e atteggiamenti di compatimento;
- *proiezione* (liberazione di emozioni e di tensioni psichiche): la musica può essere un mezzo proiettivo che stimola le libere associazioni e produce la liberazione delle emozioni e dei contenuti inconsci, aiutando l'espressione e la canalizzazione delle pulsioni interne disturbanti;
- *comunicazione e relazione*: l'elemento s/m permette di entrare in relazione empatica con l'altro e di comunicare attraverso la musica nelle sue molteplici forme.

Utilizzando l'elemento s/m in qualità di mediatore facilitante, con il supporto di creatività ed espressività, nel rispetto delle indicazioni ricevute e delle

caratteristiche degli utenti, si realizzano dei laboratori (che i volontari stessi ebbero l'idea di chiamare "MUSICAL-MENTE", termine prontamente adottato perché esplicativo del significato e della metodologia proposta) attraverso i quali proporre azioni terapeutiche al fine di favorire l'interazione con il paziente e l'attivazione di un processo relazionale. Questi laboratori sono strutture di tipo aperto che forniscono anche assistenza e sostegno alle famiglie, la cui finalità ultima è quella di favorire la massima permanenza a domicilio anche di pazienti che necessitano di interventi socio-riabilitativi complessi e specialistici.

4.4 Metodologia

Ideare attività per un gruppo consistente di persone non è di per sé cosa affatto semplice, a cui si aggiunge la necessità di stimolare l'attenzione di tutti i partecipanti per una durata di quasi due ore, i quali devono essere considerati nella loro originalità ed autenticità individuale. L'attività terapeutica muove dal presupposto fondante che indipendentemente dal livello del deterioramento cognitivo della persona è sempre possibile intervenire terapeuticamente, perché "non è importante la malattia, ma l'uomo che ha la malattia" (C. G. Jung). L'azione mira alla prevenzione del peggioramento dello stato cognitivo e non sulla malattia in sé, cercando di sfruttare al meglio le abilità residue del paziente. Ogni individuo ha delle potenzialità che vanno recuperate e valorizzate, ed ogni comportamento alterato (spesso definito disturbo comportamentale), spesso è la manifestazione di un disagio esasperato dall'incapacità di comunicarlo. Il metodo di lavoro tende pertanto a favorire l'espressione di tutti i partecipanti, utilizzando l'elemento s/m come medium. Come sostiene M. Erickson "vanno utilizzate le potenzialità della persona e vanno considerati i suoi sintomi non solo come il segnale di una sofferenza o come manifestazioni di patologia, ma come il risultato di risorse bloccate e anche come strategie di comunicazione, come un mezzo di comunicazione e un messaggio dell'inconscio".

La chiave di apertura per instaurare un rapporto di fiducia tra terapeuta e paziente è certamente l'empatia. K. Bruscia ritiene che la demenza senile e la Malattia di Alzheimer rappresentino "la rottura di un ordine, di un'armonicità della persona. Attraverso la musicoterapia ci si può relazionare con la persona e ritrovare l'ordine che sembrava perduto. Tutto accade nella reciprocità, nella relazione, nel rispetto dell'individuo. Particolarmente importante è creare un'atmosfera disinvolta, centrata sull'ironia, la gioia e il buonumore, per stimolare emozioni positive e un ambiente rilassato e favorevole allo scambio" (K. Bruscia).

Particolare attenzione viene data alle risposte ed agli atteggiamenti osservati/ricevuti sia dal singolo che dal gruppo, i quali diventano la base per costruire le attività più idonee. Le proposte di lavoro avanzate dai pazienti vengono necessariamente valorizzate e ritenute fondamentali: "viene accolta in primis la proposta del soggetto che viene ampliata ed arricchita in uno scambio reciproco tra paziente e musicoterapista." (K. Bruscia). Le attività devono tendere al coinvolgimento di tutti i sensi, della fantasia, del movimento, dell'emotività e delle funzioni cognitive. Affinché questo possa avvenire è necessario ricorrere all'uso di tutte le potenzialità del linguaggio musicale: dal canto all'ascolto, dal suono degli strumenti alla danza, ricorrendo in talune occasioni anche all'utilizzo di altri mediatori artistici quali i colori, la poesia, le fiabe in musica, il movimento ritmico ed infinite modalità creative. L'obiettivo è quello di proporre "situazioni significative" e attraenti, capaci di attivare curiosità, interesse e motivazione. Il ricordo positivo dell'incontro, ci riferiscono i familiari, incentiva il ritorno agli incontri successivi.

Il prodotto delle sedute, sia a livello musicale che relazionale, viene valorizzato come elemento di un "processo", indipendentemente dalla sua valenza estetica, perché sempre in grado di creare un rapporto affettivo e/o empatico sia fra terapeuta e utente che tra utente e utente. Nel lavoro di gruppo si mira da un lato alla socializzazione e allo scambio comunicativo tra i membri, e dall'altro alla valorizzazione del singolo; l'obiettivo è quello di promuovere l'accettazione di ogni

persona all'interno del gruppo e l'apprezzamento per il suo apporto. Ne sono ulteriore testimonianza episodi in cui un utente si pone in aiuto spontaneo di un compagno che presenta maggiori difficoltà motorie, divenendo elemento di compensazione non solo per il singolo ma addirittura per l'intero gruppo. Questo è un aspetto importante sia per il soggetto che offre aiuto, in quanto ne stimola la percezione di utilità per l'altro, sia per chi lo riceve, in quanto gratificato dall'attenzione riservata da un compagno ritenuto "alla pari". Tale aiuto viene spesso restituito successivamente con modalità differenti, ad esempio traducendo verbalmente delle sensazioni che il compagno non riesce a trasmettere con le parole. Queste forme di mutuo-aiuto favoriscono la relazione, rafforzano l'autostima, garantiscono la coesione del gruppo.

Il contatto corporeo è un altro aspetto importante da considerare per il trattamento con persone affette da demenza. Sfiurare o toccare le persone, sempre nel rispetto della loro volontà, favorisce l'accettazione dell'altro, rilassa e predispone al rapporto empatico. Per favorire il contatto ci si avvale anche degli strumenti musicali utilizzati in modo protesico. Ogni incontro è concepito come un tempo ed uno spazio sonoro-musicale e relazionale nel quale, una volta fissate le coordinate di base (rappresentate dalle attività musicali) accadono situazioni, si fanno incontri, si creano relazioni, si mettono in movimento energie.



L'attività laboratoriale è caratterizzata da una progressione tipica nelle proposte che prevede l'avvio con interventi musicali tendenzialmente calmi e rilassati per favorire il risveglio muscolare (ascolto di musica registrata) per passare gradualmente ad attività più energiche e coinvolgenti (canto in gruppo); quindi si prosegue

verso esperienze musicali sempre più attivanti, sia a livello fisico che emozionale (utilizzo di strumenti a percussione, esecuzione di sequenze ritmiche o di danze, improvvisazione strumentale), per concludere con un ritorno ai tempi lenti dell'inizio.

L'intervento musicale prevede quindi un passaggio dalla melodia al ritmo, e viceversa; vengono inizialmente utilizzati brani musicali caratterizzati da pulsazione lenta, per giungere gradualmente all'utilizzo di brani ritmati, agogicamente mossi, per concludere nuovamente con tempi lenti. Dell'intera proposta l'elemento ritmico rappresenta l'acme, il momento della messa in circolo di energie, del movimento corporeo, delle emozioni più forti.

In termini di movimento ciò significa passare dallo stato di quiete a quello progressiva azione con tutte le parti del corpo, in cui la persona è invitata a mettersi in gioco, appropriandosi della musica attraverso il movimento di tutte le parti del corpo, sia nella postura seduta che eretta.



In termini spaziali si passa da un uso limitato dello spazio ad un uso sempre più ampio. In termini di energia emotiva si inizia da un coinvolgimento emotivo/affettivo limitato, talvolta sfociante in sintomi apatici o addirittura disforici, per accedere successivamente nel corso dell'incontro ad un coinvolgimento sempre più intenso. A conclusione della seduta è importante recuperare uno stato emotivo equilibrato, calmo e rilassato, che permetta un rapporto adeguato sia con se stessi che con i familiari.

I miglioramenti si possono rilevare sulle funzioni cognitive, sulla parola e sulla verbalizzazione, sull'ansia, sull'aggressività, sull'irritabilità, sulle allucinazioni, sull'apatia, sui disturbi notturni, sull'attività motoria eccessiva.

Lo stato d'animo generale alla fine degli incontri risulta essere più rilassato, nonché si rileva un miglioramento generale dell'interazione sociale. Il fattore più importante segnalato dai familiari risulta essere la riduzione dello stato di agitazione che è uno dei problemi più gravi nell'Alzheimer.

4.5 Invio e presa in carico

Le famiglie giungono a presentare il proprio bisogno all'Associazione attraverso il passaparola, il sito internet, la partecipazione ad incontri e serate informative, o tramite invio dell'Assistente Sociale o dei Centri di Decadimento Cognitivo (CDC). Dopo un primo contatto con la segreteria esse incontrano il geriatra che si occupa dell'accoglienza e della valutazione. In presenza di diagnosi di demenza segue la somministrazione dei test previsti necessaria a determinare lo stadio di gravità della malattia e a conoscere il quadro generale dell'utente; in assenza della diagnosi viene attivato un percorso diagnostico. Si specifica che le condizioni principali degli utenti che precludono la loro partecipazione alle attività dei Centri sono rappresentate dagli stati psicotici gravi, da stadi avanzati e gravi della malattia di Alzheimer (per inadeguate capacità di relazione con il resto del gruppo), oppure da incapacità di adeguarsi al setting.

La fase valutativa tramite test sopra accennata è affidata alle neuropsicologhe del CRRNC (Centro di Ricerca in Riabilitazione Neuromotoria e Cognitiva) dell'Università di Verona. Tale collaborazione è stata attivata circa tre anni fa, e si completa con la condivisione di alcuni protocolli di ricerca. Qualora l'utente risultasse idoneo all'inserimento presso uno dei Centri, in accordo con la famiglia, si procede all'invio. Il referente del Centro selezionato (normalmente psicologo), in collaborazione con i terapeuti, provvede di conseguenza ad organizzare il percorso terapeutico e di supporto. A questo punto il musicoterapista riceve tutte le indicazioni in merito all'inserimento. Fissa il colloquio iniziale con il caregiver al quale viene spiegata la struttura degli incontri per lo svolgimento dell'attività terapeutica, con la precisazione che soltanto in base all'esito della prima seduta si

valuta l'idoneità dell'utente a proseguire nel percorso. Il conduttore struttura l'incontro in modo da favorire l'accoglienza e la valutazione del nuovo ingresso. Quasi tutti i soggetti risultano idonei al trattamento, in genere anche quelli presentati con disturbi comportamentali; essi riducono le manifestazioni già dalla prima seduta.

All'avvio della partecipazione agli incontri è richiesto al caregiver dell'utente interessato di presenziare al primo incontro accanto al proprio congiunto, al fine di rassicurarlo e favorirne l'inserimento. Può capitare che si renda necessario allungare la procedura di affiancamento fino a tre incontri, quando l'utente risulti molto agitato e ansioso. Gli stati di agitazione eccessiva devono necessariamente essere contenuti per non destabilizzare il resto del gruppo. La permanenza del caregiver permette anche di captare la modalità relazionale normalmente utilizzata, di acquisire eventuali informazioni utili, nonché di ottenere la fiducia del congiunto osservandolo in un contesto che lo valorizza e rassicura. La partecipazione alle sedute avvicina maggiormente il familiare al centro comprendendone maggiormente l'utilità e il tipo di approccio, rafforza la fiducia nell'équipe e favorisce quindi la partecipazione anche al gruppo di supporto psicologico. Successivamente i caregivers ricevono feedback direttamente dai volontari, i quali vengono formati anche in merito alle modalità relazionali ed alle informazioni da restituire. In caso di sopraggiunte difficoltà oggettive riscontrate sull'utente (ad esempio un aggravamento improvviso) il musicoterapista contatta direttamente la famiglia per valutare eventuali interventi.

4.6 Setting

L'aspetto terapeutico e del setting sono da tempo un quesito aperto con l'Associazione. Gli spazi, messi a disposizione da Comuni o Circoli, a volte non risultano essere adeguati. In questi anni è stato fatto molto lavoro per portare scientificità e "modelli" nel lavoro che era già stato intrapreso precedentemente da alcuni colleghi. E' un lavoro lento e continuo, portato avanti con costanza e tenacia

continue, nella certezza che “una goccia possa scavare una roccia”. Alcuni aspetti sono senz’altro migliorati, anche grazie ad alcune collaborazioni esterne come ad esempio con l’Università di Verona, le Ulss 20 e 21, l’Azienda Ospedaliera e la Fondazione Sospiro. E’ senz’altro necessario perseguire nella strada intrapresa.

4.6.1 Spazi

Le attività si svolgono settimanalmente nei medesimi ambienti ma la maggior parte di questi è ad uso promiscuo, questo comporta la necessità di ricostituire il setting prima di ogni attività nonché di trasportare tutto lo strumentario non potendo lasciarlo in deposito. Le dimensioni sono spesso inadeguate (a volte grandi saloni, altre piccole stanze). Tuttavia si sono cercate alcune soluzioni alternative per adattarsi agli ambienti. Quando troppo piccoli si sono creati dei sottogruppi di lavoro per ridurre il numero dei partecipanti, quando invece troppo grandi si è ricorsi a paraventi o pannelli che diano la sensazione di maggiore contenimento, anche per non favorire i disturbi comportamentali quali il wondering. Si adotta quasi sempre la disposizione a semicerchio che permette ad ogni utente di relazionarsi con il terapeuta. Gli utenti, scegliendo spontaneamente la medesima disposizione, favoriscono la strutturazione delle attività.

4.6.2 Strumentario

Lo strumentario a disposizione è adattato alla “trasportabilità”. Per facilitare le operazioni di spostamento vengono utilizzati prevalentemente piccoli strumenti a percussione riconducibili allo strumentario Orff: triangoli, maracas, tamburelli e legnetti. Si utilizzano pochi strumenti grandi. Tra quelli utilizzati il più amato è lo jambè, il quale viene riconosciuto come “strumento leader, conduttore”. A questo si aggiunge la chitarra, generalmente suonata dal vivo dalla conduttrice, funzionale all’accompagnamento, amata da molti. Viene utilizzato un riproduttore sonoro con musiche pre-registrate usate prevalentemente per le attività di musicoterapia recettiva o per i “tappeti musicali” per le attività più dinamiche (risveglio muscolare, danze, giochi musicali).

Viene poi introdotto l'utilizzo di particolari oggetti o strumenti, finalizzati a specifiche attività. I più apprezzati sono i cucchiaini di legno e le canne di bambù, ideali per conformazione anatomica, che assumono la funzione di "legnetti" o all'occorrenza di "marimba". Secondo le necessità o gli obiettivi della seduta vengono anche creati strumenti musicali informali (ad esempio vengono utilizzati bicchieri di plastica rigidi con innesti di elastici che opportunamente pizzicati possono imitare il suono di strumenti "a corde", o palloncini che possono imitare il "contrabbasso"). Viene introdotto anche l'uso dei boomwackers per ottenere semplici armonie. Ad integrazione di particolari attività vengono introdotti temporaneamente materiali specifici. I più graditi dagli utenti sono quelli leggeri, maneggevoli e colorati. Molto amati sono quindi il paracadute ludico ed il tappeto elastico sui quali si possono usare palle di varie misure e colori (palline, palle di gommapiuma, palloni leggeri, palloncini). Vengono inoltre utilizzati teli e veli colorati di varie dimensioni, bandiere e carte veline colorate. All'uso della voce e del

canto vengono riservati specifici momenti in ogni incontro.



Per alcune attività vengono utilizzati i colori, solitamente le tempere in quanto meglio si prestano alla libera espressione. Per le attività sensoriali subentrano specifici materiali a seconda degli obiettivi che si intendono

raggiungere: aromi, essenze, spezie, materiali manipolabili.

4.7 Contenuti

Gli incontri hanno la durata di due ore circa, compresi i momenti di accoglienza, congedo e merenda. La struttura dell'attività, nel succedersi delle fasi,

mantiene sempre lo stesso andamento, in quanto è importante prima di tutto per gli ammalati mantenere i punti di riferimento.

Le fasi individuate sono le seguenti:

- *accoglienza*: gli utenti arrivano accompagnati dai loro familiari o dai volontari. Vengono accolti in modo gioioso e fatti sentire importanti per la loro presenza. Gradualmente si congedano dall'accompagnatore e si avviano verso il setting;
- *disposizione*: ogni utente prende posto all'interno del semicerchio formato da sedie adeguate: questa fase è rapida e automatica in quanto quasi tutti gli utenti si dirigono verso la "propria" sedia ed il "proprio" vicino, solo pochi esplorano altri spazi. Si ritiene, in generale di non intervenire su questo assetto in quanto, soprattutto durante l'accoglienza, risulta essere rassicurante, salvo per specifiche motivazioni;
- *benvenuto*: il brano iniziale e quello finale si mantengono sempre uguali. E' essenziale che gli utenti percepiscano chiaramente quando si è all'interno dell'attività e questi pezzi servono a delimitarla. Nello specifico, quello iniziale, permette a ciascuna persona di presentarsi. Avremo quindi un ritmo o un canto che viene ribadito, alternato dal nome di ciascuno che viene ripetuto dal gruppo;
- *rilassamento muscolare*: utilizzando una musica rilassante di sottofondo, vengono proposti dei movimenti che saranno ripetuti dai presenti prevalentemente per rispecchiamento. Quest'attività, oltre ad essere importante per ampliare le gestualità, seppur in modo lento e semplice, favorisce la ripresa di consapevolezza delle varie parti che compongono il corpo ed in particolare s'intende favorire il rilassamento corporeo dei partecipanti. Si mantiene quindi un andamento il più possibile fluido in contrapposizione alla tendenza rigida e "scattosa" dei soggetti dementi;

- *canto*: il momento dell'uso della voce è sempre molto atteso. In particolare, l'intonazione di canti popolari noti porta immediatamente un'atmosfera festosa, e cattura l'attenzione di tutti, anche degli utenti tendenzialmente meno attivi o agitati. Di solito un canto viene fatto scegliere al gruppo mentre un paio vengono proposti dalla conduttrice che li accompagna con la chitarra. Si utilizzano molto le arie famose delle opere, in questi casi si ricorre all'uso di basi pre-registrate. "Selezionare brani emotivamente significativi per la persona con demenza e legati alla sua biografia può contribuire a creare un clima positivo e contenitivo che facilita la riduzione di alcuni comportamenti disturbati, quali ad esempio l'ansia e l'agitazione" (Gerdner, 2000; Sung et al., 2010; Raglio et al., 2013). Un aspetto che ritengo opportuno sottolineare è che i brani scelti dagli ospiti sono tendenzialmente sempre gli stessi, di solito i più noti, oppure quelli che li hanno segnati maggiormente o che hanno sentito recentemente (nelle attività o in momenti particolari). Tendono quindi spontaneamente a muoversi all'interno di un repertorio molto ridotto. Inizialmente vivevo questo aspetto in modo problematico, come fosse un limite; oggi ho capito che la ripetitività per i soggetti dementi non va vissuta come un limite, in quanto dona loro sicurezza e crea punti di riferimento. Le proposte "nuove" vengono quindi generalmente introdotte dalla terapeuta, tenendo conto dei tempi e della predisposizione ad accoglierle. La novità, in generale in questi soggetti, tende a generare una sensazione di smarrimento. Solo successivamente li porta a "cercare" nella loro "scatola dei ricordi" (definisco così il bagaglio musicale che ciascun ospite porta in dotazione). Piano piano viene accettata e quindi cessa la diffidenza iniziale, la musica "estranea" viene riconosciuta e considerata. In alcune occasioni, per il canto, ho provato a fornire il testo scritto: parte dei presenti riesce a seguire le parole stampate (con caratteri grandi), se il brano non presenta un

andamento troppo veloce; i più gravi purtroppo hanno perso la capacità di lettura. Il canto favorisce il rilassamento generale e l'instaurarsi del rapporto di fiducia. E' possibile notarlo dalle posture dei presenti che si presentano via via più aperte; compaiono inoltre i primi sorrisi, e lo sguardo è maggiormente concentrato sul conduttore;

- *giochi psicomotori*: queste attività vengono usate come riempimento essendo molto lunghe le sedute. Le proposte vengono proposte in modo divertente e dinamico. Normalmente si tratta di giochi di movimento proposti con l'ausilio di attrezzi semplici ma allettanti, in particolare palle, teli, stoffe, nastri, cerchi. I presenti gradiscono e interagiscono volentieri. A seconda dell'obiettivo che si intende raggiungere si adottano differenti strategie. Si cerca di abbinare sempre una musica di sottofondo che abbia un ritmo ben scandito; questo contribuisce a scandire l'andatura e a mantenere l'attenzione attiva evitando l'insorgere di forme d'ansia o di wondering;
- *esercizi ritmici*: gli esercizi ritmici favoriscono l'equilibrio e l'andatura. La richiesta di ripetizione di patterns inoltre stimola la concentrazione e la manualità. Riconoscere un ritmo e riprodurlo con il gruppo, favorisce la sicurezza in se stessi e nelle proprie capacità. Per questi esercizi vengono spesso utilizzati i cucchiai di legno da cucina o le canne di bambù, maneggevoli ed anatomicamente adeguati. La prima fase è dedicata alla contestualizzazione tempo-spaziale grazie ad elementari esercizi ritmici. Piccoli giochi o strategie inducono inconsapevolmente a contare stimolando così anche il mantenimento delle abilità residue. Per la seconda fase si propongono sequenze ritmiche suonate su brani noti. Il gruppo memorizza, interiorizza e riproduce. Quest'attività risulta gratificante, aspetto deducibile in quanto sui volti di molti presenti compare un'espressione sorridente, quasi ad esprimere orgoglio per il riuscire a fare. Si mantiene sempre un contesto gioioso in cui le proposte

vengono percepite come non invasive e non imposte e questo porta anche i più reticenti a lasciarsi andare all'attività;

- *ascolto musicale*: uno spazio viene dedicato all'ascolto musicale. Per alcuni soggetti dementi, un ascolto che non preveda un "fare", induce l'insorgenza dell'ansia che si tramuta in agitazione e anche in disturbi comportamentali; alcune caratteristiche riducono questi effetti, come ad esempio la notorietà, il ritmo cadenzato e determinato, la strutturazione regolare. Il "non fare" resta comunque problematico per alcuni soggetti, per questo si è reso necessario spesso abbinare un'attività espressiva all'ascolto. Un compromesso ideale è risultato essere l'utilizzo dei colori, usati allo scopo di esprimere le emozioni suscitate dalla musica. Questo escamotage permette: di evitare la fase della verbalizzazione che per molti risulta inaccessibile in quanto incapaci di usare le parole, di esprimere comunque il proprio vissuto ed il "sentire" di quel momento, di sperimentare nuove modalità espressive, di socializzare e vi è infine un aspetto legato al divertimento, in quanto l'uso dei colori riporta all'infanzia;
- *ballo*: per non stancare troppo i presenti ricompensando anche i più impazienti, si mantiene uno spazio dedicato al ballo liscio. Già dalle prime note, i maschi scattano in piedi alla ricerca della loro ballerina preferita e danzano. Questa fase di scarico ha una capacità catartica di scarico dalle tensioni oltre che di appagamento. Anche gli utenti con maggiori difficoltà motorie vogliono ballare! In questi momenti si tende a rivivere la sensazione di essere ad una festa, ad una sagra di paese. Questo spazio si conclude con la merenda;
- *improvvisazione musicale*: vengono disposti gli strumenti al centro del cerchio e i presenti vengono invitati a scegliere. Si favorisce quindi una libera improvvisazione musicale, in cui ciascuno possa trovare un proprio ruolo ed un proprio spazio. Le prime volte che vengono

affrontate queste attività, vi è una certa rigidità, una sorta di inibizione, facilmente riconducibile non solo ad aspetti caratteriali propri, ma anche al condizionamento sociale che la generazione di appartenenza ha comportato; dopo alcune sedute questi momenti vengono vissuti come spazi aperti in cui potersi liberare. In talune occasioni ospiti con spiccata personalità utilizzano gli strumenti musicali per catalizzare l'attenzione degli utenti e del musicoterapista;

- *danze strutturate*: viene dedicato uno spazio alle danze di gruppo. Si propongono solitamente strutture circolari con la richiesta di tenersi per mano producendo semplici passi e gesti che portano a piccole coreografie (metodo Orff-Schulwerk). Questa modalità aiuta a partecipare anche i soggetti con maggiori difficoltà fisiche che vengono sorretti dai compagni, permettendo loro di danzare con il gruppo. Quest'attività ridona vigore, oltre al divertimento per il "riuscire a danzare insieme";
- *orchestrazione*: l'ultima attività prima del saluto finale è l'orchestrazione. Si distribuiscono piccoli strumenti musicali, dello strumentario Orff, suddivisi per sessioni: maracas, triangoli, legnetti, tamburelli. Il conduttore si trasforma in una sorta di direttore che dirige la propria orchestra (gioco di ruolo) e usando famose arie e brani orchestrali, permette loro di suonarvi sopra. Vengono interiorizzati attraverso gli esercizi concetti importanti quali: l'attesa (la pausa intesa anche come il "saper attendere", il suonare in sessione tradotto anche come "rispetto per l'altro", il forte/piano abbinato "gestire l'intensità di movimento", tutto riconducibile ad un intervento che agisce sul comportamento del soggetto). E' l'attività più amata. Per questo viene tenuta nella parte terminale dell'incontro. Viene vissuta come una sorta di premio (rinforzo positivo). Credo che questa così emotivamente coinvolgente si fissi nel ricordo positivo incentivando gli utenti a tornare alla seduta successiva.

Riuscire a suonare su famosi brani, trasformandosi in “musicisti veri” infonde loro fiducia e sicurezza, venute a mancare in modo proporzionale alla perdita delle abilità;

- *saluto finale*: come per quello iniziale si tende a proporre in questo momento sempre lo stesso brano in modo che sia chiaro a tutti che la sessione dell'incontro si sta concludendo. Non vi sarà più la presentazione ma, sempre con la scansione di un ritmo proposto con la richiesta di riprodurlo, al grido del nome di ciascuno dei presenti, il gruppo risponde con un sonoro “ciao”! Gli utenti possono ora tornare dalle loro famiglie. E' necessario considerare in coda qualche minuto dedicato agli abbracci ed ai gesti affettuosi che vengono espressi dagli utenti spontaneamente verso la conduttrice ed i volontari prima dell'uscita dal setting.

La struttura degli incontri descritta ha subito nel tempo variazioni, adeguandosi alle necessità e alla maturità acquisita dalla conduttrice e dai gruppi. E' in permanente evoluzione, ma ad oggi risulta essere la più efficace. Si sottolinea che non vi sono imposizioni: ogni proposta che parte dai soggetti viene accolta e sviluppata, anche questo aspetto contribuisce a modificare l'andamento generale



degli incontri che subisce quindi sempre variazioni rispetto all'idea originale.

L'entusiasmo li ha portati al desiderio di esibirsi pubblicamente. Il fine primario è voler dimostrare di essere ancora capaci di fare qualcosa che loo ritengono importante e del quale sono

orgogliosi, si sentono ammirati. Ho scelto di assecondarli nella richiesta di esibirsi,

seppur inizialmente con timore e reticenza. Devo ammettere che sono ormai molti gli spettacoli portati al pubblico con successo. L'ultimo di pochi mesi fa, li ha visti esibire con un'orchestra dal vivo. L'impatto più grande è sui familiari che vedono il loro congiunto sotto una nuova luce, il palcoscenico amplifica le loro abilità.

“Attraverso l'interazione sonoro-musicale si raggiungono momenti empatici e sintonizzazioni emotivo-affettive che sono alla base del processo e del risultato terapeutico” (Raglio & Gianelli, 2009).

4.8 Gruppi di auto-mutuo-aiuto

I Gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto dell'Associazione Alzheimer Verona sono aperti a tutti i familiari che vogliono partecipare, ed hanno l'obiettivo principale di favorire la condivisione di esperienze e vissuti emotivi (rabbia, impotenza, disperazione) tra persone che seguono pazienti affetti da demenza al fine di ottenere un supporto prezioso per trovare forza e indicazioni utili nel difficile compito di accudimento del malato e di gestione della malattia. Tali Gruppi sono condotti da una psicologa con l'aiuto di familiari esperti, persone che hanno già elaborato le implicazioni della malattia e le strategie per la sua gestione. Gli incontri si svolgono normalmente in una stanza adiacente all'ambiente in cui si svolgono i laboratori. Questa locazione è scelta opportunamente affinché il familiare possa essere disponibile ad un intervento tempestivo di rassicurazione qualora vi fossero difficoltà con il proprio congiunto, soprattutto nei casi di nuovi inserimenti.

4.9 Musica e musicoterapia: analisi critica

Le pratiche musicali realizzate nei laboratori descritti fanno riferimento ad una concezione del “musicale” che si declina in una duplice valenza:

- musica come mezzo, quindi strumento finalizzato ad avviare e sostenere un percorso evolutivo;

- musica come attività esperienziale (il fare e il vivere la musica) di per sé portatrice di crescita, evoluzione, socializzazione, auto-gratificazione, rinforzo dell'autostima.

Tale precisazione consente di delineare gli approcci musicoterapici ed i relativi indirizzi psicologici che sottendono gli interventi illustrati (paragrafo 4.7). Rientrano nella prima accezione l'approccio musicoterapico cognitivo-comportamentale, sorretto dall'omonima psicologia, e la musicoterapia benenzoniana, di matrice psicodinamica; si riferiscono invece alla seconda un insieme di attività proposte che si ispirano ai principi base della musicoterapia creativa di Nordoff-Robbins, quindi alla psicologia umanistica, che "[...] accentua il carattere di irriducibilità di ogni soggetto le cui motivazioni all'azione non sono immediatamente riducibili alle pulsioni sottostanti, ma sono promosse da valenze non quantificabili come il bisogno di esplorazione, creatività, visione del mondo, in cui si esprime la propria identità" (Galimberti, 2003).

Entrando nello specifico, l'attività svolta presso i centri fa riferimento alla musicoterapia benenzoniana quando l'intervento con i gruppi si concentra fondamentalmente sull'improvvisazione musicale, rispettando i criteri del metodo. Parliamo invece di musicoterapia Cognitivo-Comportamentale, anche attraverso i percorsi musicali Orff-Schulwerk, quando la musica viene utilizzata come elemento di terapia, di rinforzo tendenzialmente positivo, di stimolo esterno. Ancora, rientra nello stesso approccio l'impiego della musica come elemento finalizzato all'apprendimento musicale, al recupero di disturbi comportamentali, quali wondering, iperattività, aggressività, egocentrismo, disadattamento, cercando di incidere sul fronte cognitivo come causa dell'insorgenza del disturbo. A tale scopo si utilizzano tecniche attive, come l'improvvisazione, l'orchestrazione (suonare insieme), le tecniche di rilassamento, i giochi di ruolo, le danze strutturate con semplici coreografie, e il libero movimento, oppure con tecniche recettive come l'ascolto di musiche pre-registrate.

Ancora, prendendo spunto dalla teoria, l'esperienza descritta interpreta la musica sia come elemento "per la terapia" che elemento "come terapia". Nel primo caso essa viene utilizzata in funzione "riabilitativa" (e preventiva), come sostiene anche lo stesso Postacchini nel suo pensiero, per cui la musica si pone come strategia che favorisce lo sviluppo dei processi cognitivi, relazionali e di socializzazione. Il punto centrale dell'intervento è assunto dalla stimolazione sonoro/musicale con l'obiettivo di mantenere e/o potenziare le abilità cognitive e di incidere sul piano comportamentale. Rientrano in questo ambito quegli interventi riferibili alla musicoterapia benenzoniana e all'approccio Orff-Schulwerk, quando contestualizzato all'interno di una cornice cognitivo-comportamentale. Nel secondo caso la musica assume una funzione terapeutica in quanto diviene il fulcro di una strategia che dall'interno della persona facilita i processi di consapevolezza di sé, di regolazione delle emozioni e delle capacità comunicative. Il punto centrale di questa tipologia di intervento è la relazione, con l'obiettivo di produrre cambiamenti interni riferiti ad alcune frazioni del Sé, quelle legate agli aspetti di "comunicazione-relazione" e "affettività", fornendo stimoli e proposte che permettano al soggetto di sperimentare diverse possibili azioni terapeutiche.

CONCLUSIONI

La verifica del lavoro svolto nelle esperienze del laboratorio musicale e musicoterapico rivela la forza e il significato dell'impatto positivo di cui hanno beneficiato la gran parte delle persone partecipanti. L'aspetto della verifica intreccia sia risultati *quantitativi*, misurati scientificamente dal Centro di Ricerca in Riabilitazione Neuromotoria e Cognitiva (CRRNC) dell'Università di Verona tramite somministrazione di test (per approfondimenti si rimanda alla lettura dell'Allegato), ed aspetti *qualitativi*, rilevati attraverso processi di osservazione e monitoraggio soggettivi.

Per quanto riguarda la prima è importante precisare che tale verifica (quantitativa), condotta dall'Università, include indistintamente il lavoro svolto nelle due tipologie di laboratorio proposte nei Centri Sollievo, quella musicoterapica allo studio in questa tesi, e quella di sollecitazione cognitiva, realizzata da colleghe psicologhe. Tale analisi quantitativa fa riferimento alle valutazioni emerse dalle prove sottoposte dai ricercatori del CRRNC agli utenti ad inizio e fine ciclo delle attività (settembre/giugno), che nello specifico fanno riferimento ai seguenti strumenti:

- Mini Mental State Examination (MMSE), per rilevare i disturbi dell'efficienza intellettiva e la presenza di deterioramento cognitivo;
- Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS-Cog), per verificare la caratterizzazione dei sintomi cognitivi nella demenza di Alzheimer;
- Neuropsychiatric Inventory (NPI), per valutare i disturbi comportamentali nelle sindromi di demenza;
- Instrumental Activity Daily Living (IADL), per misurare il livello di autonomia nelle attività quotidiane;
- Caregiver Burden inventory (CBI), per rilevare il carico assistenziale da parte del caregiver.

A seguito delle rilevazioni svolte sugli utenti, in diverse fasi prestabilite dell'esperienza laboratoriale, i ricercatori procedono all'analisi dei risultati e ne condividono i contenuti con tutti i terapisti coinvolti, ivi compreso il musicoterapista. Tale processo consente uno stretto monitoraggio sull'andamento del lavoro, sia generale del laboratorio musicale e musicoterapico nel suo complesso, che specifico del suo impatto su ciascun partecipante, permettendo inoltre di analizzare criticamente le attività proposte e apportarne in corso d'operazioni correttive e/o migliorative. Da segnalare è il fatto che in alcuni casi vi sono utenti a cui viene sconsigliata la prosecuzione della frequenza al laboratorio di sollecitazione cognitiva a fronte di un aggravamento della patologia, che potrebbe tradursi in un'incapacità a mantenere la concentrazione e a trarre giovamento dalle attività proposte; scelta finalizzata ad evitare l'aumento dello stato di ansia nel soggetto ed una conseguente possibile destabilizzazione degli equilibri del gruppo nel suo complesso. Queste stesse persone continuano in genere però a frequentare il laboratorio di musica e musicoterapia, traendo benefici significativi da un'attività che per la sua dinamicità, per l'assenza dell'aspetto verbale e di richieste prestazionali immediate, per il clima ludico-ricreativo che le caratterizza, e per le peculiarità di un setting maggiormente dinamico, favorisce la permanenza e l'integrazione con il gruppo anche per i soggetti più difficili.

Per quanto riguarda una verifica qualitativa del laboratorio musicoterapico si fa riferimento fondamentalmente all'osservazione partecipata e al monitoraggio. In talune circostanze gli incontri vengono videoregistrati e successivamente analizzati dal musicoterapista stesso. Nella maggior parte dei casi si tratta di un'analisi descrittiva realizzata a fine seduta (nel caso della valutazione diretta) o in sede successiva (nel caso di valutazione sul materiale videoregistrato), in cui vengono rilevati e analizzati gli aspetti più importanti dell'esperienza svolta in funzione del tipo di approccio musicoterapico proposto attraverso i seguenti indicatori:

- atteggiamento dell'utente rispetto al setting, allo strumentario, alle proposte;

- modulazione dell'atteggiamento generale;
- tempi e modalità di partecipazione ed attenzione;
- interazione con il musicoterapista, con i compagni, con i volontari;
- congruenza dell'interazione sonoro/musicale;
- rimandi dei familiari/caregivers (diretti o riportati dalla psicologa referente del gruppo di Auto-Mutuo-Aiuto- AMA).

Nella quasi totalità dei casi si registra un notevole miglioramento dello stato psicologico complessivo dei soggetti, che si traduce spesso in riduzione dei disturbi comportamentali, riduzione degli stati ansiosi e iperattivi, comparsa di atteggiamenti affettuosi e di rimando relazionale (abbracci, sorrisi, contatti visivi), manifestazione di entusiasmo nella volontà di ritornare al laboratorio, espressione di gioia nello svolgimento delle attività proposte, cambiamenti posturali, rinforzo dell'autostima, evidenziato emblematicamente dal bisogno di rappresentare di fronte a un pubblico quanto "costruito insieme".

Riteniamo che tale forma di analisi fornisce elementi altrettanto utili e indicativi per una valutazione del laboratorio musicale sia in relazione all'adeguatezza delle proposte che alla loro efficacia, costituendo unitamente alla valutazione quantitativa un supporto indispensabile al processo di verifica nel suo complesso.

ALLEGATO

ESTRATTO DELLA RELAZIONE FINALE DEL CENTRO DI RICERCA IN RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA E COGNITIVA DELL'UNIVERSITÀ DI VERONA

a cura delle neuropsicologhe C. Fonte e V. Varalta

PREMESSA

Grazie ad una convenzione attualmente attiva con il CRRNC (Centro di Ricerca in Riabilitazione Neuromotoria e Cognitiva) dell'Università di Verona, gli utenti che afferiscono ai centri di Associazione Alzheimer Italia - Verona, vengono valutati all'inizio ed alla fine del percorso di attività che vengono proposte annualmente). Scopo di questo monitoraggio vuole essere la dimostrazione dell'efficacia delle attività svolte dall'Associazione stessa nel rallentare il decorso della Malattia di Alzheimer, malattia ingratescente e disabilitante.

In questo monitoraggio sono previste tre valutazioni: la prima all'inizio delle attività dei Laboratori (Settembre-Ottobre, valutazione T0), la seconda al loro termine (Giugno, valutazione T1) e l'ultima dopo 3 mesi dalla loro sospensione (pausa estiva; settembre-ottobre, valutazione T2). Le valutazioni T0 e T1 hanno il compito di stabilire l'efficacia delle attività svolte nei Laboratori, mentre la valutazione T2 vuole stabilirne gli eventuali effetti a lungo termine.

Nel corso del tempo il protocollo di valutazione è stato modificato per cui solo alcune prove risultano confrontabili. In particolare le funzioni cognitive sono state valutate attraverso l'utilizzo del Mini Mental State Examination (MMSE) e della sezione cognitiva dell'Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS-Cog). I disturbi del comportamento sono stati quantificati attraverso la scala Neuropsychiatric Inventory (NPI), l'autonomia nelle attività della vita quotidiana della persona è stata valutata attraverso la scala Instrumental Activity Daily Living - IADL) ed il

carico assistenziale da parte del caregiver attraverso il Caregiver Burden inventory (CBI).

Alla valutazione hanno partecipato i frequentanti di 16 Centri del territorio dell'ULSS 20 (Centro Tommasoli, Borgo Roma, Don Carlo Step 1, Don Carlo Steeb 2, San Zeno, Stadio 1, Stadio 2, San Michele, Colognola ai Colli, San Martino Buon Albergo, Buttapietra, Parona, Mazzini, San Giovanni Lupatoto, Castel d'Azzano 1, Castel d'Azzano 2) e di 3 Laboratori del territorio dell'ULSS 21 (Nogara, Concamarise, Legnago).

In questi anni è stato fatto un importante lavoro allo scopo di omogeneizzare la gravità degli utenti dei gruppi (in maniera da avere il maggior numero di utenti con lo stesso grado di patologia nei vari Centri) e di uniformare la durata degli incontri, la tipologia di attività da svolgere e la metodologia da utilizzare in tutti i Centri. I gruppi quindi, sono costituiti attualmente da ammalati con un simile grado di malattia, valutata attraverso il Mini Mental State Examination (MMSE), escludendo i casi di Malattia di Alzheimer di grado severo (MMSE<10).

Le attività dei Laboratori vengono svolte in 2 giornate: nella prima si eseguono attività musicali e musicoterapiche (2 ore e mezza), nella seconda attività di sollecitazione cognitiva (2 ore e mezza). Ogni incontro prevede il coinvolgimento di diverse figure professionali quali l'educatore, lo psicologo, il musicoterapista, con più il supporto dei volontari). I Centri valutati hanno avuto una durata complessiva di circa 9 mesi (da settembre-ottobre a giugno).

I DATI

A T0 sono stati valutati 227 utenti, ovvero tutti coloro che hanno richiesto l'accesso ai servizi dell'Associazione. Di questi, 93 hanno eseguito anche la valutazione dopo la frequenza ai laboratori (T1). Fra tutti questi 21 utenti sono stati rivalutati a T2 (Grafico 1). Gli utenti valutati a T1 si classificavano come: 37 con demenza medio-grave (MMSE tra 10 e 14), 26 con demenza moderata (MMSE

tra 15 e 20) e 30 con demenza lieve (MMSE maggiore 21). L'**età media** era di 80,8 anni (range 68-91).

La valutazione statistica è stata eseguita attraverso un'analisi della varianza (ANOVA) con programma SPSS versione 2.0. Per una miglior lettura dei dati si è optato per un'analisi statistica che tenesse conto dell'andamento differenziato dei 3 gruppi (medio-grave, moderato, lieve).

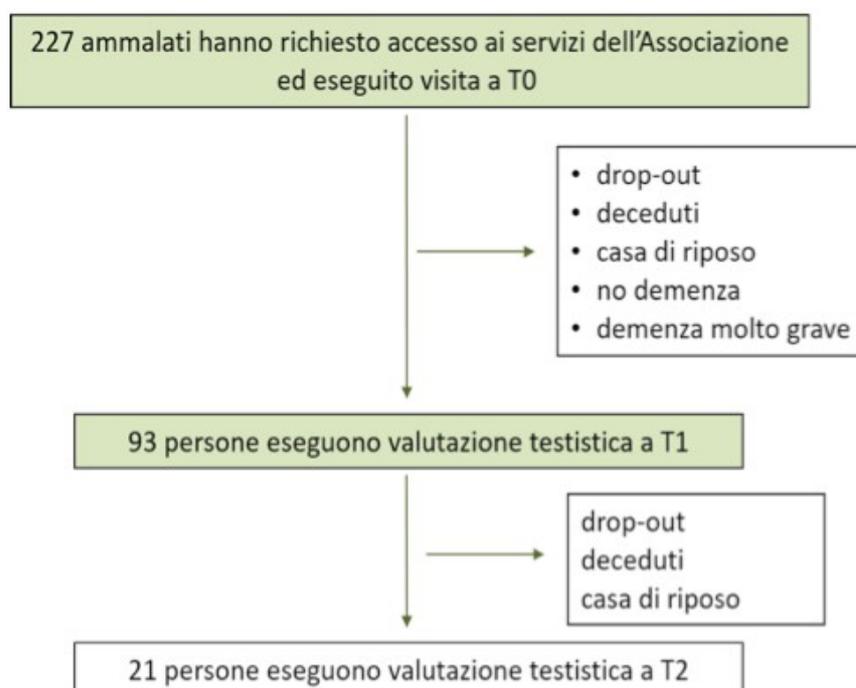


Grafico 1. Flow-chart con la numerosità del campione a T0, T1 e T2.

RISULTATI T0 - T1

Per l'analisi delle modificazioni T0 - T1 il campione era costituito da 93 utenti (37 con demenza medio-grave, 26 moderata e 30 con demenza lieve), di cui sono stati valutati MMSE, NPI e CBI. È stata eseguita un'ANOVA 3X2 (Gruppo x Tempo),

che ha mostrato un effetto significativo della variabile Gruppo, rivelando quindi una differenza significativa tra i gruppi indipendentemente dal tempo di valutazione. Non si è evidenziato alcun effetto significativo della variabile Tempo e dell'interazione tra il gruppo ed il tempo di valutazione.

Da un'analisi qualitativa dei dati, tuttavia, il confronto tra le prestazioni prima (T0) e dopo (T1) la frequenza ai gruppi ha mostrato che:

- i risultati al MMSE degli utenti con demenza moderata erano stabili, mentre gli utenti con demenza grave e lieve hanno ottenuto qualche punto in meno rispetto a T0.

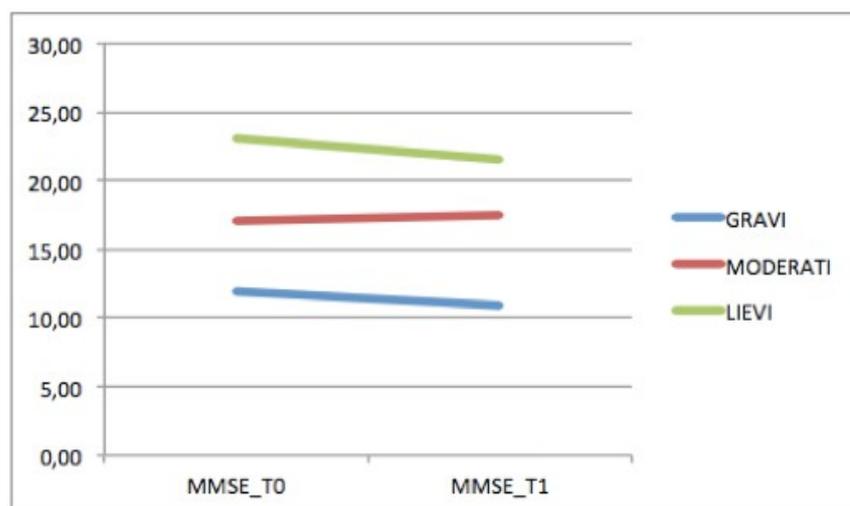


Grafico 2. Risultati ottenuti al MMSE (T0 e T1)

- Per quanto riguarda i disturbi comportamentali, misurati con l'NPI, i risultati restano invariati tra T0 e T1.

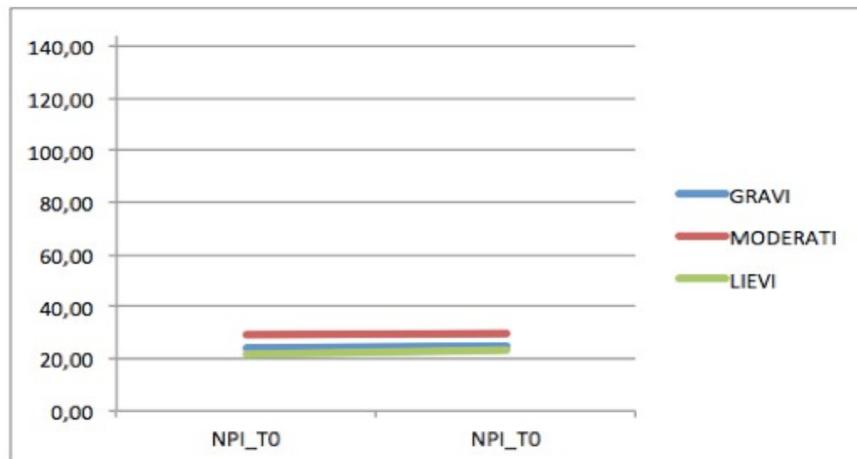


Grafico 3. Risultati ottenuti al NPI (T0 e T1)

- Resta invariato anche lo stress vissuto dal caregiver, misurato attraverso il CBI.

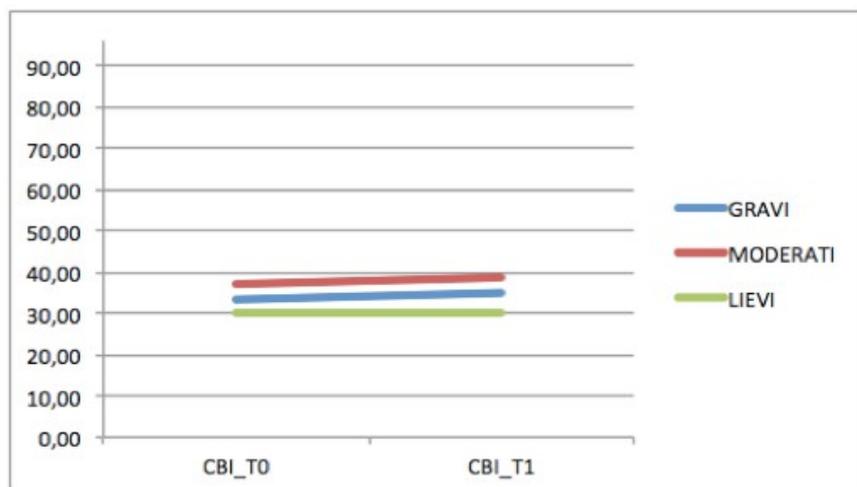


Grafico 4. Risultati ottenuti al CBI (T0 e T1)

RISULTATI T0 - T1 ADAS-Cog

Allo scopo di approfondire l'evoluzione dello stato cognitivo degli utenti, ad un campione di 86 perone (26 lievi, 20 moderati, 22 gravi) è stato somministrato l'ADAS-Cog alle valutazioni T0 e T1. Come si può osservare nel grafico n.5, anche i risultati a questo test, come per il MMSE, mostrano una stabilità del quadro cognitivo degli utenti, soprattutto quelli con un livello dementigeno moderato.

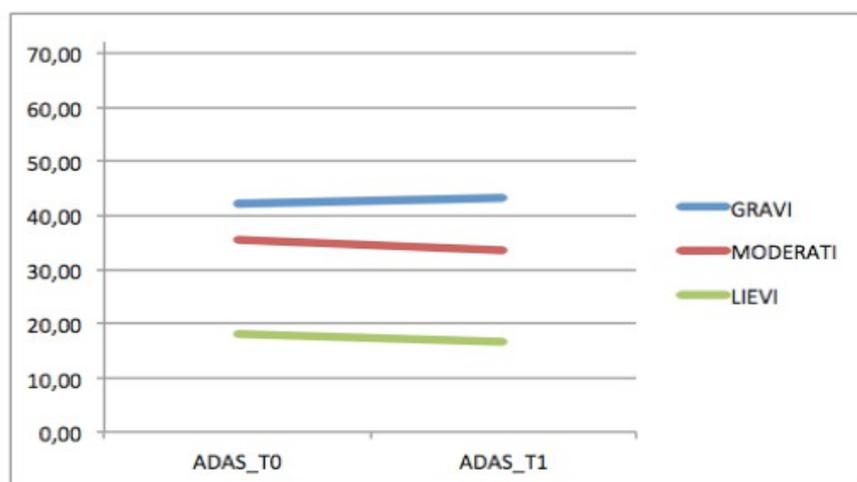


Grafico 5. Risultati ottenuti al ADAS-Cog. (T0 e T1)

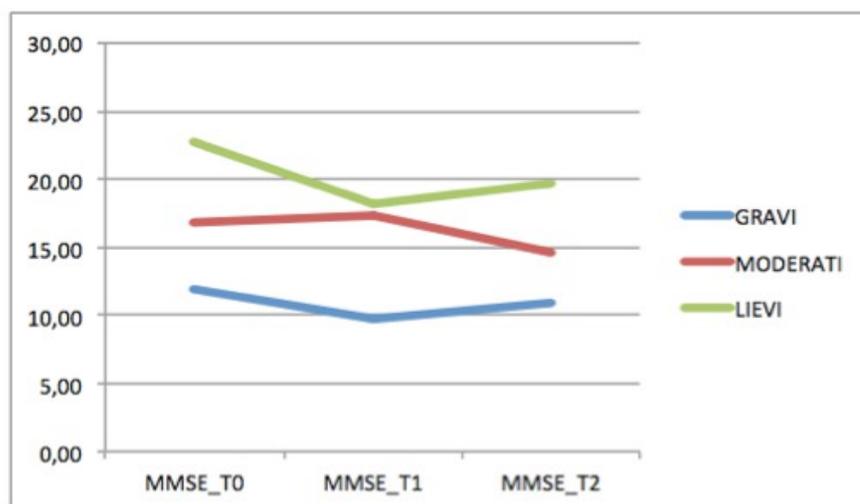


Grafico 6. Risultati ottenuti al MMSE (T0-T1-T2)

RISULTATI T0 - T1 - T2

Ad un piccolo campione di utenti (21: 8 lievi, 5 moderati, 8 gravi) è stato somministrato il MMSE anche ad un follow-up di 3 mesi (T2), allo scopo di osservare l'andamento delle funzioni cognitive dopo un periodo di sospensione dei Laboratori, dove gli utenti restavano a casa a svolgere le loro solite attività. In questo piccolo campione si evidenziano i seguenti risultati:

- una stabilizzazione del quadro tra T0 e T1 ed un peggioramento con l'interruzione (T1-T2) per il gruppo di grado moderato, mentre un peggioramento tra T0 e T1 e poi un miglioramento a T2 per i gruppi con demenza grave e lieve.
- x un decremento molto più consistente dei disturbi comportamentali (NPI) degli utenti con un livello moderato di demenza rispetto al decremento osservato negli utenti con un grado dementigeno lieve e grave.

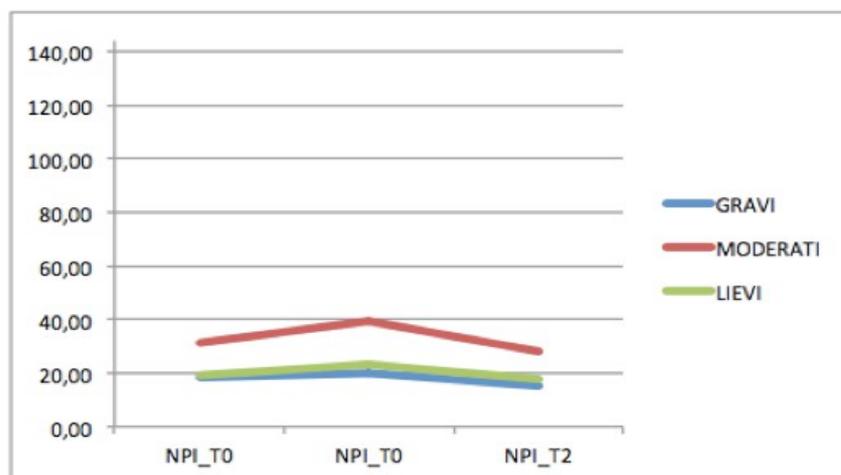


Grafico 7. Risultati ottenuti al NPI (T0-T1-T2)

- una stabilità per tutti gli utenti con i diversi gradi di demenza per quanto riguarda i risultati ottenuti al CBI

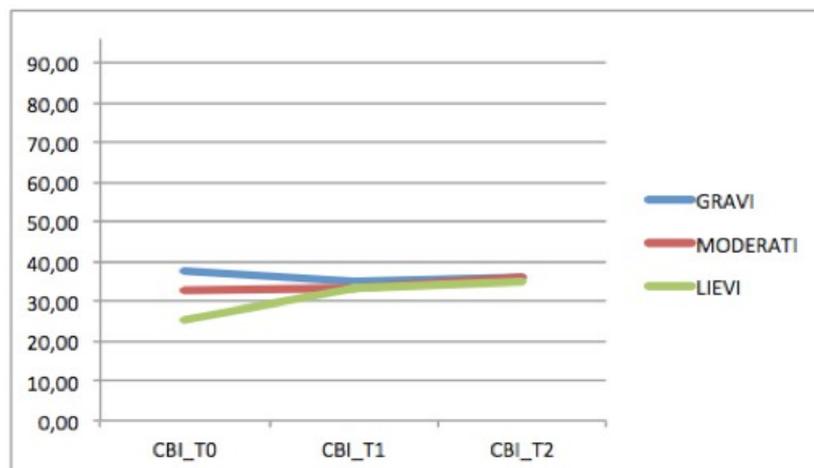


Grafico 8. Risultati ottenuti al CBI (T0-T1-T2)

VALUTAZIONE FINALE

Dall'analisi statistica dei risultati ottenuti non emergono cambiamenti significativi tra prima e dopo la frequenza ai Laboratori, ciò indica che non è avvenuto alcun peggioramento dello stato cognitivo degli utenti, bensì una stabilizzazione del quadro cognitivo. Questo risultato rappresenta un traguardo importante in controtendenza alla patologia degenerativa ed ingravescente rappresentata dalla Malattia di Alzheimer.

Dall'analisi descrittiva dei dati, tuttavia, soprattutto per quel che riguarda i risultati ottenuti al MMSE, emerge una disomogeneità nell'andamento dello stato cognitivo dei pazienti. Alcuni di essi mostrano infatti un miglioramento successivo alla frequenza dei Laboratori mentre altri uno stato cognitivo globale peggiore dopo l'attività. Dai risultati del MMSE somministrato a T2 è possibile osservare come il gruppo con demenza di grado moderato risulti essere quello che trae maggior giovamento dalle attività svolte dall'Associazione.

La stessa disomogeneità si riscontra anche nella presenza di disturbi neuropsichiatrici (NPI) degli utenti mentre non la si osserva invece nei dati ottenuti dal CBI (carico assistenziale del familiare), i quali evidenziano una certa stabilità per tutti i gradi di demenza.

BIBLIOGRAFIA

ABBOTT A. (2011): "Nature"; S2-S4.

ANGEVAREN M., AUFDEMKAMPE G., VERHAAR HJ, ALEMAN A., NANHEES L. (2008): "Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment". *Cochrane Database Syst. Rev.* Jul.

ARCOVERDE C., DESLANDES A.M RANGEL A., PAVAO R., NIGRI F., ENGELHARDT E., LAKS J. (2008): "Role of physical activity on the maintenance of cognition and activities of daily living in elderly with Alzheimer's disease". *Arg. Neuropsiquiatr.* Jun; 66:323-7.

ARKIN S. (2007): "Language-enriched exercise plus socialization slows cognitive decline in Alzheimer's disease". *Am J Alzheimer Dis Other Demen.* Feb-Mar;22(1):62-77.

ASHIDA S. (2000): "The effect of reminiscence music therapy session on changes in depressive symptoms in elderly persons with dementia". *Journal of Music Therapy*; 37: 170-82.

ATTI DEL CONVEGNO NAZIONALE SULLE ARTI TERAPIE NELLA SCUOLA (2001) - Carpi, 7 e 8 Settembre 2001 - Usa l'Arte per non essere in disparte. *Arte Terapia e buona relazione educativa.*

BACH D., BACH M., BOHMER F., FRUHWALD T., GRILC B.: "Reactivating occupational therapy: a method to improve cognitive performance in geriatric patients". *Age Ageing* May; 24: 222-6.

BACKMAN L. (1992): "Memory training and memory improvement in Alzheimer's disease: rules and exceptions". *Acta Neurologica Scandinava*; 84-89.

BACKMAN L. (1996): "Utilizing compensatory task conditions for episodic memory in Alzheimer's disease". *Acta Neurol. Scand. Suppl*; 165: 109-13.

BALL J., HAIGHT BK.: "Creating a multisensory environment for dementia: the goals of a Snoezelen room". J Gerontol Nurs. Oct;31(10):4-10.

BALLARD, JT O'BRIEN , K. REICHEL ET AL. (2002): "Aromaterapia come trattamento sicuro ed efficace per la gestione di agitazione nella demenza grave": i risultati di una doubleblind , controllato con placebo, con Melissa . J. Clin . Psych., 63: 553-8.

BELLELLI G., FRISONI GB., BIANCHETTI A., BOFFELLI S., GUERRINI GB., SCOTUZZI A., RANIERI P., RITONDALE G., GUGLIELMI L., FUSARI A, RAGGI G., GASPAROTTI A., GHEZA A., NOBILI G., TRABUCCHI M. (1998): "Special care units for demented patients: a multicenter study". Gerontologist, 38:456-62

BENENZON R. O. (1994): "Teoria della Musicoterapia", ed. Coop. Novastampa di Verona.

BENENZON R. (1998): The new Music Therapy", ed. Numen Publisher.

BENENZON R. (2BENJAMIN L.C., SPECTOR J. (1990): "Environments for the dementing". Int.J.Ger.Psych., 1990; 5: 15-24.

BESHARA MC. E GIDDINGS D. (2003): "L'uso degli impianti di base nel trattamento di agitazione in un'unità di demenza : 10 studi di caso". Int. J. Aromather .; 12: 207-12 .

BIANCHETTI A., ZANETTI O., TRABUCCHI M. (1997): "Non pharmacological treatment in Alzheimer's Disease". Funct Neurol.; 12:215-217.

BIANCHETTI A., ZANETTI O. (1997): "La rete dei servizi per le demenze". In "Il nursing delle demenze". Ed. Lauri, Milano..

BOTTURA R. (1994): "La nebbia dell'anima". Guaraldi Editore.

BOWER H.M. (1967): "Sensory stimulation and the treatment of senile dementia". Med J Aust, Jun 3;1(22):1113-9.

BRAYNE C. ET AL. (2007): "Epidemiology of Alzheimer disease". Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine.

BROTONS M., KOGER SM. (2000): "The impact of music therapy on language functioning in dementia". *Journal of Music Therapy*; 37:183-95.

BRUER RA., SPITZNAGEL E., CLONINGER CR. (2007): "The temporal limits of cognitive change from music therapy in elderly persons with dementia or dementia-like cognitive impairment: a randomized controlled trial". *Journal of Music Therapy* ; 44:308-28.

BRUSCIA K. E. (1987): "Modelli-Metodi di improvvisazione in musicoterapia", ed. Ismez

BRUSCIA K. E. (1997): "Defining Music Therapy", ed. Amaru

BRUSCIA K. E. (1993): "Definire la Musicoterapia- Percorso epistemologico di una disciplina e di una professione". *Gli archetti*. Ismez

BUNT L. (1994): "Musicoterapia, un'arte oltre le parole". Ed. Kappa, Roma, 1994.

BURGENER SC., YANG Y., GILBERT R., MARSH-YANT S. (2008): "The effects of a multimodal intervention on outcomes of persons with early-stage dementia". *Am J Alzheimers Dis Other Demen* Aug-Sep;23(4):382-94.

CAMP J. ET AL. (1993): "Maintenance and generalization of object naming training in anomia associated with degenerative dementia". *Clinical Gerontologist*; 57-72.

CATERINA R. (2005): "Che cosa sono le Arti-Terapie". Ed. Carocci, Roma.

CARBONE G. (2007): "Invecchiamento cerebrale, demenze e malattia di Alzheimer. Una guida informativa per i familiari e gli operatori". Ed. Franco Angeli

CERRUTO E. (2008): "Metodologia e pratica della Danza terapeutica", ed. Franco Angeli.

CHANG FY, HUANG HC, LIN LC (2010): "The effect of a music program during lunchtime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan.". *Journal of Clinical Nursing*; 19: 939-48.

- CHOI AN., LEE MS., CHEONG KJ., LEE JS. (2009): "Effects of group music intervention on behavioral and psychological symptoms in patients with dementia: a pilot-controlled trial." *International Journal of Neuroscience*; 119: 471-81.
- CLAIR A. A., BERNSTEIN B., JOHNSON G. (1995): "Rhythm playing characteristics in persons with severe dementia including those with probable Alzheimer's type". *Journal of Music Therapy*, vol.XXXII, n.2, summer.
- COLCOMBE S., KRAMER AF. (2003): "Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study". *Psychol. Sci. Mar.*; 14:125-30.
- COONS D.G. (1978): "Milieu therapy". In W.Reichel, ed. *Clinical aspects of aging*: pp.115-127.
- COOKE M., MOYLE W., SHUM., HARRISON S., MURFIELD J. (2010): "A randomized controlled trial exploring the effect of music on quality of life and depression in older people with dementia". *Journal of Health Psychology*; 15: 765-76.
- COOKE M., MOYLE W., SHUM DH, HARRISON SD, MURFIELD JE. (2010): "A randomized controlled trial exploring the effect on agitated behaviors and anxiety in older people with dementia". *Aging and Mental Health*; 14:905-16.
- CHRISTOFOLETTI G., OLIANI MM., GOBBI S., STELLA F., BUCKEN GOBBI LT., RENATO CANINEU P. (2008): "A controlled clinical trial on the effects of motor intervention on balance and cognition in institutionalized elderly patients with dementia". *Colin Rehabil. Jul*;22(7):618-26.
- DAY C.R. (1997): "Validation Therapy. A review of the literature". *J.Gerontol.Nurs.* april: 29-34.
- DE VREESE LP., NERI M., FIORAVANTI M., BELLOI L., ZANETTI O. (2001): "Memory rehabilitation in Alzheimer's Disease: a review of progress". *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, Aug; 16:794-809.

- DUNN C., J E SLEEP COLLETT D. (1995): "Sensing un miglioramento: uno studio sperimentale per valutare l'uso di aromaterapia , massaggio e periodi di riposo in un reparto di terapia intensiva". Adv . Allatta; 21: 34-40.
- EHRENFELD M., BERGMAN R. (1995): "The therapeutic use of dolls". In *Perspect Psychiatr Care*; 31, 21-22.
- ERICKSON KI., KRAMER AF.: "Aerobic exercise effects on cognitive and neural plasticity in older adults". *Br. J. Sports Med.* Jan.; 43: 22-4.
- ERMINI-FÜNFSCHILLING D., MEIER D. (1995): "Memory training: an important constituent of milieu therapy in senile dementia". *Z Gerontol Geriatr.* May-Jun;28(3):190-4
- FEIL N. (1992): "Validation. The Feil Method". Cleveland: Edward Feil Productions.
- FOLSOM J.C. (1968): "Reality Orientation for elderly mental patient". *J.Geriatr Psychiatry*; 1:291-307.
- FORBES D., THIESSEN EJ., BLAKE CM., FORBES SC., FORBES S. (2008): "Exercise programs for people with dementia". *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Dec 4;12.
- FRITZ CL., FARVER TB., HART LA., KASS PH (1996): "Companion animals and the psychological health of Alzheimer patients' caregivers". *Psychol Rep.* Apr;78(2):467-81.
- GAGNON D.L. (1996): "A review of Reality Orientation, Validation Therapy, and Reminiscence Therapy with the Alzheimer's client". *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*; 14:61-77.
- GALIMBERTI U. (2003): "Enciclopedia di Psicologia". Ed. Garzanti.
- GAMBARELLI M. (2012): "Suono e musica nella cura dell'Alzheimer". *Psiconet*
- GAMBINA G., PASETTI C. (2008): "Introduzione alla malattia di Alzheimer e alle altre demenze. Dalla clinica alla bioetica". Ed. Libreria Cortina Verona; pag. 393-431.

GARLAND K., BEER E., EPPINGSTALL B, O'CONNOR DW.s(2007): "A comparison of two treatments of agitated behavior in nursing home residents with dementia: simulated family presence and preferred music". American Journal of Geriatric Psychiatry; 15:514-21.

GERDNER LA. (2000): "Effects of individualized versus classical relaxation music on the frequency of agitation in elderly persons with Alzheimer's disease and related disorders". International Psychogeriatrics; 12:49-65.

GOLDWASSER A N et al. (1987): "Cognitiva, affective, and behavioral effects of reminiscence group therapy on demented elderly". Int. J. Aging Hum. Dev.; 25:209-22.

GOUDIE F., STOKES G. (1989): "Understanding confusion". Nurs Times, Sep 27-Oct 3;85(39):35-7.

GRAFF M.J., VERNOOIJ-DASSEN M.J., THIJSSSEN M., DEKKER J., HOEFNAGELS W.H., RIKKERT M.G.: "Community based occupational therapy for patients with dementia and their caregivers: randomized controlled trial". BMJ, December 9; 333:1196. Epub 2006 Nov 17.

GROSSO L. (1992): "Il mondo dell'auto aiuto", articolo tratto da Animazione Sociale, Torino, n.60, pag.23.

GUETIN S., PORTET F., PICOT MC., et al. (2009): "Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomized, controlled study". Dementia and Geriatric Cognitive Disorders; 28: 36-46.

HAGEN B., ARMSTRONG-ESTHER C., SANDILANDS M. (2003): "On a happier note: validation of musical exercise for older persons in long-term care settings". International Journal of Nursing Studies; 40:347-57.

HAN P., KWAN M., CHEN D., ET AL. (2010): "A controlled naturalistic study on a weekly music therapy and activity program on disruptive and depressive behaviors in dementia". *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*; 30: 540-6.

HANLEY I.G., MCGUIRE R.J., BOYD W.D. (1981): "Reality Orientation and dementia: a controlled trial of two approaches". *Br.J.Psychiat*,138:10-14.

HARWOOD K. (1989): "The effects of an occupational therapy reminiscence group: a single case study". *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 7:43-57.

HAVIGHURST R., GLASSER R. (1992): "An exploratory study of reminiscence". *J.Gerontol.* 27:245-253.

HEYN P.: "The effect of a multisensory exercise program on engagement, behavior, and selected physiological indexes in persons with dementia". *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* Jul-Aug;18(4):247-51.

HEYN P., ABREU BC, OTTENBACHER KJ (2004): "The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis". *Arch Phys Med Rehabil*; 85:1694-704.

HENRY J., RUSIUS CW, DAVIES M., et al. (1994): "Lavanda per la sedazione notte di persone con demenza". *Int. J. Aromatherapy .*; 06:02 , 28-30.

HOLMES C., V HOPKINS, HENSFORD C., et al. (2002): "L'olio di lavanda come trattamento per il comportamento agitato nella demenza grave : un studio controllato con placebo" . *Int. J. Geriatr . Psych.*, 17: 305-8 .

HOLMES C., KNIGHTS A., DEAN C., HODKINSON S., HOPKINS V. (2006): "Keep music live: music and the alleviation of apathy in dementia subjects". *International Psychogeriatrics*; 18: 623-30.

HOLDEN U.P., WOODS R.T (1988): "Reality Orientation, Psychological approaches to the 'confused elderly' 2nd". ed. Edinburgh: Churchill-Livingstone. Walsh JB., et al.

(2006): "Investigating the enhancing effect of music on autobiographical memory in mild Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*; 22:108-20.

HOPE KW (1998): "The effects of multisensory environments on older people with dementia". *J Psychiatr Ment Health Nurs*. Oct;5(5):377-85.

JANSSEN J.A., GIBERSON D.C. (1988): "Remotivation Therapy". *J.Gerontol.Nursing* 14:31-34.

KEMOUN G., THIBAUD M., ROUMAGNE N., CARETTE P., ALBINET C., TOUSSAINT L., PACCALIN M., DUGUÈ B. (2010): "Effect of a physical training programme on cognitive function and walking efficiency in elderly persons with dementia". *Dement Geriatr Cogn Discord*; 29: 109-14.

KILSTOFF K., CHENOWETH L.: "New approaches to health and well-being for dementia day-care clients, family carers and day-care staff". *Int J Nurs Pract*. Jun;4(2):70-83.

KOGER SM., CHAPIN K., BROTONS M. (1999): "Is Music Therapy an Effective Intervention for Dementia? A Meta-Analytic Review of Literature". *J Music Ther*; 36(1):2-15.

KOH K. et al. (1994): "Dementia in elderly patients: can 3R mental stimulation programme improve mental status?". *Age Aging* May; 23: 195-9.

KOVACH C. (1990): "Promise and problems in reminiscence research". *J. Gerontol Nursing*; 16: 10-14.: Moyra J.: "Gentlecare: changing the Experience of Alzheimer's in a positive way". (2000) ed. Paperback.

JONES M. (2005): "Gentlecare. Un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer", ed. Carocci.

LASHLEY M.E. (1993): "The painful side of reminiscence". *Geriatric Nursing* ;14:138-141.

LAUTENSCHLAGER NT, COX KL, FLICKER L, FOSTER JK, VAN BOCKXMEER FM, XIAO J, GREENOP KR, ALMEIDA OP: "Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: a randomized trial". JAMA Sep 3; 300: 1027-37.

LEE SY (2005): "L'effetto di aromaterapia lavanda sulle funzioni cognitive , le emozioni e il comportamento aggressivo di anziani affetti da demenza" . Taehan Kanho Hakhoe Chi; 35: 303-1.

LIEBMAN J. J., MACLAREN A. (1991): "The use of music to aid memory of Alzheimer patients". Journal of Music therapy, vol. XXVIII, n.2, summer.

LIN Y., CHU H., YANG CY, et al. (2011): "Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia". International Journal of Geriatric Psychiatry; 26:670-8.

MADSEN C.K., COTTER V., MADSEN C.H.: "A Behavioural Approach to Music Therapy". Journal of Music, 5, 3, 1968.

MANAROLO G. (2011): "Manuale di Musicoterapia: teoria, metodo e applicazioni della Musicoterapia", ed. Cosmopolis.

MANAROLO G., RAGLIO A., VILLANI D. (2001): "Musicoterapia e malattia di Alzheimer", ed. Cosmopolis.

MITCHELL S. (1993): "Aromaterapia: efficacia nei disturbi associati alla demenza". Int. J. Aromather.; 4: 20-23 .

MOSS SE, POLIGNANO E., WHITE CL, MINICHELLO MD, SUNDERLAND T. (2002): "Reminiscence group activities and discourse interaction in Alzheimer's disease". J. Gerontol. Nurs. Aug.: 28:36-44.

NAIR BK, HEIM C., KRISHNAN C., D'ESTE C., MARLEY J., ATTIA J. (2011): "The effect of Baroque music on behavioural disturbances in patients with dementia". The Australian Journal of Ageing; 30:11-5.

- NEVE LA., HOVANEC L. E BRANDT J. (2004): "Una sperimentazione controllata di aromaterapia per agitazione in casa di cure ai pazienti con demenza." *J. Altern . Complemento. Med.*, 10: 431-7.
- OKADA K., KURITA A., TAKASE B., et al. (2009): "Effects of music therapy on autonomic nervous system activity, incidence of heart failure events, and plasma cytokine and catecholamine levels in elderly patients with cerebrovascular disease and dementia". *International Health Journal*; 50:95-110.
- OLAZARAN J. et al. (2004): "Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease". *Neurology*, Dec 28;63(12):2348-53.
- OLAZARÀN J. et al. (2013): "Non pharmacological terapie in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy". *Dement. Geriatr. Cogn. Disord.*, 30: 161-78.
- OPTALE G., URGESI C., BUSATO V. et al. (2010), "Controlling memory impairment in elderly adults using virtual reality memory training: a randomized controlled pilot study". *Neurorehabilitation and Neural Repair*; 24:348-57.
- PORZIONATO G. (2000), "Malattia di Alzheimer e Terapia Musicale", in *Musica et Terapia*, Quaderni italiani di musicoterapia, Anno 00, n.1, gennaio.
- POSTACCHINI P. (2003): "Suono e musica nella cura dell'Alzheimer". *Psiconet*.
- POULTON JL, STRASSBERG DS. (1986), "The theraputic use of reminiscence", *Int. Journal Group Psychother.* Jul.; 36: 381-98.
- POWELL-PROCTOR L., MILLER E. (1982), "Reality Orientation: a critical appraisal". *Brit.J.Psychiat*; 140:457-463.
- PRINCE M. (2009): "Alzheimer's disease international. World Alzheimer report".
- RAGGI A. ET AL. (2007): "The effects of a comprehensive rehabilitation program of Alzheimer's Disease in a hospital setting". *Behave. Neural. Journal*; 18:1-6.

RAGLIO A., MANDORLO G., VILLANI D. (2001): "Musicoterapia e malattia di Alzheimer. Proposte applicative e ipotesi di ricerca, ed. Cosmopolis.

RAGLIO A. (2008): "Musicoterapia e scientificità: dalla clinica alla ricerca", ed. FrancoAngeli.

RAGLIO A., BELLY G., TRAFICANTE D., ET AL. (2010): "Efficacy of music therapy treatment based on cycles of sessions: a randomised controlled trial". *Aging and Mental Health*; 14: 900-4.

RAGLIO A., BELLELI G., TRAFICANTE D., ET AL. (2008): "Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia". *Alzheimer Disease and Associated Disorders*; 22: 158-62.

RAGLIO A., GIANELLI MV. (2009): "Music therapy for individuals with dementia: areas of interventions and research perspectives". *Curr Alzheimer Res.* Jun;6(3)293-301.

RAGLIO A., OASI O., GIANOTTI M. ET AL. (2010): "Effects of music therapy on psychological symptoms and heart rate variability in patients with dementia. A pilot study". *Current Aging Science*; 3:242-6.

RICHMAN L. (1969): "Sensory training for geriatric patients". *Am.J.Occupational Therapy*; 13:254-257.

ROZZINI R, FRANZONI S. (1998): "Malattie somatiche e demenza di Alzheimer". In: Trabucchi M.: *Le demenze*. UTET Editore, Torino; pp. 333-34.

SACKS O. (2007): "Musicofilia", ed. Gli Adelphi; pag. 14.

SKOLASKI-PELLITTERI T. (1984): "Environmental intervention for demented person". *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*; 3:55-59.

SMALLWOOD J., BROWN R., COULTER F., IRVINE E., COPLAND C. (2001): "Aromatherapy and behavior disturbances in dementia: a randomized controlled trial". *Int J Geriatr Psychiatry* Oct;16(10):1010-3.

- SNYDER A, EGAN E.C., BURNS K.R. (1996): "Efficacy of hand Massage in decreasing agitation behaviors associated with care activities in persons with dementia". *Geriatric Nursing*, March-April, 60-63.
- SPAGNOLI A., M. PIERRI (2001): "Psicoterapie a indirizzo psicodinamico", in "Manuale di psicoterapia per l'anziano", ed. Boringhieri.
- SPECTOR A. ET AL. (2000): "Reminiscence therapy for dementia". *Cochrane Database Syst. Rev.*; CD001120.
- WOODS B. ET AL. (2005): "Reminiscence therapy for dementia". *Cochrane Database Syst. Rev.* Apr 18; CD1120
- SPIJKER A. (2008): "Effectiveness of non pharmacological intervention in delaying the institutionalization of patients with dementia: a meta-analysis". *Journal of the American Geriatrics Society*; 1116-1128.
- SUNG HC, CHANG SM, LEE MS (2006): "The effects of group music with movement intervention on agitated behaviours of institutionalized elders with dementia in Taiwan"; *Complementary Therapies in Medicine*, 14: 113-9.
- SUNG HC, CHANG AM, LEE WL (2010): "A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes". *Journal of Clinical Nursing*; 19: 1056-64.
- SUNG HC, LEE WL, LI TL, WATSON R (2012): "A group music intervention using percussion instruments with familiar music to reduce anxiety and agitation of institutionalized older adults with dementia". *International of Geriatric Psychiatry*; 27: 621-7.
- SUZUKI M., KANAMORI M., WATANABE M. et al. (2004): "Behavioral and endocrinological evaluation of music therapy for elderly patients with dementia". *Nursing & Health Sciences*; 6:11-8.

- SVANDOTTIR HB., SNAEDAL J. (2006): "Music Therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study". *International Psychogeriatrics*; 18: 613-21.
- SZEIKAS B. (1985). "Using the milieu: treatment-environment consistency". *The Gerontologist*; 25:15-18.
- SZEKAIS B. (1991): "Treatment approaches for patients with dementing illness". In KIERNAT J.M.: *Occupational Therapy and the Older Adult. A clinical manual*. AN Aspen Publication, Maryland, pp.192-219.
- TAKAHASHI T., MATSUSHITA H. (2006): "Long-term effects of music therapy on elderly with moderate-severe dementia". *Journal of Music Therapy*; 43:317-33.
- THOMPSON RG., MOULIN CJ., HAYRE S., JONES RW.(2005): "Music enhances category fluency in healthy older adults and Alzheimer's disease patients". *Experimental Aging Research*; 31:91-9.
- TOSLAND R.W., DIEHL M., FREEMAN K., MANZANARES T., NALEPPA M., MCCALLION P. (1997): "The impact of Validation Group Therapy on Nursing Home residents with dementia". *J.Appl.Gerontol.*16:31-50.
- TRABUCCHI M. (1992): "Invecchiamento della specie e vecchiaia della persona", ed. Franco Angeli, Milano.
- VAN DE WINCKEL A., FEYS H., DE WEERDT W., DOM R. (2004): "Cognitive and behavioural effects of music-based exercises in patients with dementia". *Clinical Rehabilitation*; 18:253-60.
- VIGGO HANSEN N., JORGENSEN T., ORTENBLAD L. (2006): "Massage and touch for dementia". *Cochrane Database Syst Rev.* Oct 18;(4):CD004989.
- VITALI S. F. (2004): "La metodologia Gentle Care". *G Gerontol* 2004;52:412-417.
- WARREN B. (1995): "Arteterapia in educazione e riabilitazione". Ed. Erickson.

WOODS R.T., HOLDEN U. (1981): "Reality orientation". In: Isaacs B., ed. *Recent Advances in Geriatric Medicine*, vol.2, Edinburgh:Churchill-Livingstone; pp.281-296.

YOUNG J. (1997): "Rehabilitation and older people". *Br.Med.J*; 313:677-681.

ZANETTI O., BIANCHETTI A., TRABUCCHI M. (1995a): "Il geriatra e la gestione del paziente demente". *Giorn. Gerontol.*; 43:343-349.

ZANETTI O. ET AL. (1995): "Reality Orientation Therapy in Alzheimer disease: useful or not? A controlled study". *Alzheimer Dis. Assoc. Disord.*; 9:132-8.

ZANETTI O. ET AL. (1997): "Utilizing compensatory task conditions for episodic memory in Alzheimer's disease". *Acta Neurologica Scandinavica*; 109-113.

ZARE M., EBRAHIMI AA, BIRASHK B. (2010): "The effect of music therapy on reducing agitation in patients with Alzheimer's disease, a pre-post study". *International Journal of Geriatric Psychiatry* ; 25: 1309-10.

RINGRAZIAMENTI

Alla fine di questo elaborato, ritengo doverosi alcuni ringraziamenti per le persone che in qualche modo hanno donato un contributo al mio percorso, anche inconsapevolmente. Un grazie speciale quindi:

- al dott. Raglio, modello di costanza e perseveranza, responsabile di aver aggiunto il guizzo “scientifico” al mio lavoro;
- a Cristina Fonte, collega ed amica, compagna di tante piccole battaglie quotidiane;
- alla mia famiglia per avermi lasciato un po’ di tempo libero!
- A tutti gli ammalati e le loro famiglie, i volontari, il direttivo di Associazione Alzheimer Verona, per la fiducia e l'affetto che mi donano quotidianamente;
- al dott. Manarolo, che attraverso il Corso di Musicoterapia, ha saputo far emergere in me questa particolare vocazione e la voglia di non fermarmi mai;
- all'amico Francesco, per avermi sostenuta ed aver riposto fiducia nelle mie capacità!



La Musicoterapia è un'arte fatta scienza e una scienza con arte, che cerca di comunicare con il più profondo di ogni essere.

In un futuro prossimo sarà una scienza fondamentale per l'uomo, una necessità per la comunicazione dell'essere umano.

(R. Benenzon, 1994)