



LA FONDAZIONE Don Carlo GNOCCHI ONLUS fu creata da don Carlo Gnocchi per assicurare cura, riabilitazione e integrazione sociale ai mutilatini, vittime innocenti della guerra, la Fondazione ha progressivamente ampliato nel tempo il proprio raggio d'azione. Oggi nei Centri della Fondazione Don Gnocchi sono accolte, curate, assistite:

- ✓ **persone portatrici di forme di disabilità, sia per cause congenite che per cause acquisite, dall'età evolutiva all'età adulta; malati di sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica e altre gravi patologie invalidanti;**
- ✓ **pazienti di ogni età che necessitano di interventi riabilitativi di carattere ortopedico, neurologico, cardiologico, respiratorio, oncologico;**
- ✓ **anziani non autosufficienti, affetti da malattia di Alzheimer, morbo di Parkinson o altre demenze senili;**
- ✓ **malati oncologici in fase terminale;**
- ✓ **persone vittime di incidenti e infortuni con esiti di coma, in stato vegetativo persistente o con gravi cerebro lesioni acquisite.**

Intensa, oltre a quella sanitario-riabilitativa, socio-assistenziale e socio-educativa, è l'attività di ricerca scientifica e di formazione ai più diversi livelli.

Riconosciuta **Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)**, segnatamente per i Centri di Milano e Firenze, oggi la Fondazione Don Gnocchi conta oltre 5500 operatori tra personale dipendente e collaboratori professionali, per i quali sono approntati costanti programmi di formazione e aggiornamento.

Le prestazioni sono erogate in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale in **28 Centri, raggruppati in 8 Poli territoriali e distribuiti in 9 regioni**, con 3807 posti letto di degenza piena e day hospital. Ogni giorno accedono alle strutture della Fondazione Don Gnocchi in media quasi diecimila persone.

Il Centro S. Maria al Castello di Pessano

Prima struttura di proprietà dell'Opera di don Gnocchi, il Centro "S. Maria al Castello" riveste un'importanza particolare nella storia della Fondazione.

Il complesso fu trasformato in villa nei primi anni del '700 e oggi compare nei libri sulle dimore patrizie della Brianza con il nome di "Villa dei Conti Negroni Morosini".

Il fabbricato, con l'immenso parco, fu donato alla "Pro Infanzia Mutilata" di don Carlo il 29 aprile 1949 dall'ultimo proprietario, Michele Olian. In tempi rapidi venne adattato alle nuove esigenze, grazie ai proventi di molteplici iniziative di don Gnocchi e con il contributo di tanti amici milanesi.

Il Centro fu inaugurato il 16 novembre dello stesso anno e immediatamente accolse i primi mutilatini, sotto la direzione dei Fratelli delle Scuole Cristiane. L'anno successivo, don Gnocchi pensò di destinare la struttura alle mutilatine, trasferendo i maschi al collegio di Torino. Con il passare degli anni, il Centro ospitò minori affetti da poliomielite, curandone gli aspetti riabilitativi, la scolarizzazione e l'inserimento sociale, secondo l'innovativo e straordinario progetto voluto dal fondatore.

Dal 1973 il Centro si è indirizzato all'attività ambulatoriale, nel campo della riabilitazione ortopedica, neuromotoria e della neuropsichiatria infantile, conservando la scuola materna

e quella elementare per i piccoli ospiti cerebrolesi. Nel 1983 è entrato in funzione il Centro Residenziale per anziani, accolti in 40 mini appartamenti, mentre dal 1986 vengono ospitate (al secondo piano della villa, radicalmente rimodernato) persone anziane non autosufficienti.

Negli ultimi anni sono stati realizzati importanti interventi in tutti gli spazi destinati alle attività riabilitative, al fine di rendere il Centro sempre più adeguato a rispondere ai bisogni del territorio. I lavori di ristrutturazione della Residenza Sanitaria per Anziani hanno portato la ricettività a 60 posti letto, con gli ospiti tutti sistemati in camere singole.

Le nostre attenzioni sono quindi rivolte in questo Centro ad anziani non autosufficienti, ad adulti con danni ortopedici e neuromotori, ma anche ai piccoli della scuola materna ed elementare speciale e ai tanti minori in trattamento ambulatoriale. È proprio la diversità delle persone e dei loro bisogni, nelle stagioni più delicate della vita, l'aspetto che caratterizza il Centro.

IL PROGETTO “SENSORIALE”

Con questa denominazione si vuole evidenziare un particolare progetto di Fondazione rivolto a pazienti bambini, adolescenti, adulti e anziani che consentirebbe di attrezzare tra diversi spazi del Centro (in fase di ristrutturazione) con le attrezzature necessarie allo sviluppo delle tra diverse terapie evidenziate.

Al termine della descrizione delle tre tipologie di terapie, si fornisce una tabella riepilogativa organizzata in steps progressivi che evidenzia i costi necessari per l'attrezzatura e l'arredo dei tre diversi spazi.

Il progetto è stato pensato e organizzato in tre diversi moduli per renderlo sufficientemente flessibile alle fonti di finanziamento che verranno individuate.

1. LA GAME THERAPY

Presso il Centro di Pessano trovano luogo ideale innovative possibilità terapeutico/riabilitative che utilizzano metodologie innovative e legate a particolari percezioni sensoriali.

Per prima la **Game Therapy**, meglio conosciuta anche come CGT (computer game therapy) è una metodologia riabilitativa che si avvale di **tecnologie multimediali, informatiche e dei videogiochi per la riabilitazione delle patologie del pensiero, del linguaggio e della relazione**. Si rivolge a tutte le fasce di età, poichè si tratta di una modalità terapeutica non invasiva, fortemente motivante e rispettosa della persona.

Il fondamentale assioma di questa terapia sancisce che “non vi è apprendimento se non c'è divertimento” e partendo da questo presupposto la terapia si avvicina all'utilizzo del computer e della multimedialità in modo innovativo, non considerando lo strumento in sè solo per le potenzialità di apprendimento cognitivo, ma soprattutto come strumento di esperienza, dove per esperienza si intende un forte coinvolgimento emotivo e affettivo basato sulla relazione dinamica tra l'operatore, il soggetto disabile e l'ambiente virtuale da sperimentare.

E' necessario che l'ambito terapeutico abbia un forte contesto emozionale: i video ad esempio stimolano i processi mentali in quanto l'attenzione del partecipante all'esperienza visiva è catturata da tutta una serie di immagini, veloci e in movimento che mantengono costantemente la sua mente in uno stato di allerta e lo obbligano ad una reazione costante ed immediata. Ogni cambiamento di inquadratura, ogni variazione di volume della musica o delle parole, causano una attivazione delle cellule cerebrali che stabiliscono collegamenti inediti, creando nuovi gruppi neurali che si organizzano successivamente in mappe cerebrali.

Nelle esperienze raccolte in Fondazione ed in altre sperimentazioni si è avuta evidenza che i migliori risultati sono stati ottenuti non con la creazione di gruppi omogenei di lavoro, ma operando con gruppi eterogenei, sia per tipologia di disabilità che per livello cognitivo e comunicativo.

L'eterogeneità dei partecipanti ha garantito un miglioramento globale del gruppo nell'ambito della relazione emotivo - affettiva e ha favorito una evoluzione migliorativa delle performance cognitive dei soggetti con il livello speculativo più compromesso.

E' implicito quindi che la terapia può essere gestita e utilizzata nell'ambito di gruppi che coinvolgono non solo i bambini, ma anche adolescenti, giovani, adulti, anziani autosufficienti e non; la possibilità di giocare insieme ad altri nello stesso momento, favorisce interazione e scambio con i propri compagni di diverse età e di differenti livelli cognitivi, plasmando il lavoro di squadra, rinforzando all'uso dell'intelligenza emotiva e dei benefici che ne derivano.

2. IL METODO SNOEZELEN

Negli ultimi decenni vi è sempre più un'attenzione verso la stimolazione multisensoriale intesa come un intervento terapeutico che possa aiutare nel processo comunicativo con le persone anziane e con i disabili.

Esplorare con i sensi serve ad allargare la conoscenza e a sviluppare relazioni tra le cose.

Molte persone con disabilità o patologie degenerative non sanno distinguere bene queste sensazioni e rimangono confuse da ciò che vedono, sentono, assaggiano, annusano e toccano.

Può succedere che alcune persone anziane o disabili non riescano a trasformare le proprie esperienze sensoriali in una percezione significativa.

I terapisti adottano proprie tecniche, ma è cresciuto l'interesse per l'applicazione di tecniche di rilassamento e stimolazione multisensoriale che prevedono ulteriori vantaggi sia in ambito terapeutico che in termini della **qualità della vita**.

Inoltre vi è un insieme di esperienze che confermano come nelle persone con gravi deficit il ricorso al canale cenestesico, collegato a sensazioni che vengono alimentate anche da olfatto e gusto, oltre che dal tatto, rispetto ai canali visivi e uditivi, porta giovamento.

Tutto ciò ha portato a privilegiare metodologie di stimolazione basate sui cinque sensi e la loro combinazione. Tra queste metodologie si inserisce anche quella della **stimolazione plurisensoriale (approccio snoezelen)**.

L'obiettivo principale è quello di aiutare i pazienti a raggiungere il massimo piacere dall'attività in cui sono coinvolti. L'approccio snoezelen si adatta perfettamente a qualunque tipo di terapia riabilitativa: non esistono obiettivi a priori, esistono solo obiettivi creati ad personam, che permettono di instaurare una maggiore empatia tra i soggetti coinvolti nell'esperienza terapeutica.

L'approccio "Snoezelen" nasce dall'intuito e dalla professionalità di due terapisti olandesi, Jan Hulsegge e Ad Verheul, che hanno tentato, attraverso il loro lavoro, di staccarsi dalle attività terapeutiche tradizionali. Il suo nome trae origine da due parole olandesi "SNUFFELEN" (curiosare, cercare fuori da, o esplorare) e "DOEZELEN" (sonnecchiare, rilassare). L'intervento è rivolto in modo particolare a disabili gravi, che hanno mostrato feedback positivi su diversi livelli, attraverso l'immersione totale in un ambiente rilassante e ricco di informazioni sensoriali di base.

Gli **stimoli visivi** sono realizzati attraverso proiettori, riflettori, luci, palle a specchio e tubi a bolle. Tali materiali stimolano la vista attraverso colori studiati appositamente, uniti alla proiezione di immagini di paesaggi in movimento. Nella progettazione degli spazi, è posta particolare attenzione a controllare le fonti di luce, per evitare l'abbagliamento ma anche le zone d'ombra eccessive, che possono generare nel cervello umano, soprattutto se compromesso, un'erronea valutazione circa il loro significato.

Le **stimolazioni** sonore verranno progettate in modo analogo: l'ambiente dovrà avvolgere la persona, senza turbarne la serenità. Stimoli sonori eccessivi o improvvisi, così come rumori di fondo persistenti o di difficile decodifica, possono creare sensazioni d'ansia o addirittura panico. La stimolazione sonora sarà pertanto adeguata all'ambiente, con appropriati livelli ritmici e di tono. Musica, suoni rilassanti e melodici, rumori della natura e della quotidianità, accompagneranno gli altri stimoli presenti nell'ambiente.

Il **senso dell'olfatto** è centrale nella Snoezelen Room: l'assunto di base, infatti, è ripreso dalle ricerche scientifiche che dimostrano come questo senso sia difficilmente compromesso anche in situazioni estremamente gravi, nonché suscettibile di "risvegliare" o stimolare tutto ciò che riguarda le aree del cervello contenenti gli strati più profondi della memoria a lungo termine. Stimolare

questa memoria consente di sviluppare un contatto profondo con il proprio vissuto, vale a dire un senso di identità, che è spesso tanto compromesso in bambini e adulti con gravi danni cerebrali.

La **stimolazione del gusto**, per i motivi sopra indicati, viene associata alla stimolazione olfattiva per potenziarne l'effetto. All'aroma di cioccolato, ad esempio, viene associata la degustazione di cioccolato, per permettere alla persona di adoperare i due sensi contemporaneamente e quindi di associarli anche cognitivamente. Nel caso di bambini con difficoltà di deglutizione e sottoposti ad alimentazione forzata, ad esempio, questo percorso può favorire il mantenimento di un riflesso di suzione, preludio dell'alimentazione autonoma, oltre che riportare il centro dell'attenzione alimentare verso la bocca e non verso altre parti del corpo, al fine di acquisire uno schema corporeo corretto.

La **stimolazione tattile**, nella Snoezelen Room, avviene attraverso oggetti con superfici di vari materiali, temperature e consistenze. È presente nella stanza anche una **pallestra**, piscina di palline colorate, che consente la stimolazione tattile su tutto il corpo per immersione.

Uno spazio di riguardo viene inoltre riservato alla stimolazione vibratoria e a quella vestibolare, così importanti nella costruzione di un corretto schema corporeo. Per la stimolazione vibratoria si utilizzano oggetti vibranti di vari materiali oppure le mani dell'operatore, che favoriscono la percezione del corpo nella sua completezza attraverso la vibrazione, nonché, per risonanza, del proprio interno. Per la stimolazione vestibolare si usano amache, palle Bobat e altri strumenti, che consentono una percezione del proprio corpo attraverso senso vestibolare e il movimento.

Una terapia multisensoriale deve tener conto di alcuni parametri quali:

- rilassamento
- stimolazione
- mancanza di aspettative (risultato)
- non imposta
- fornire semplici risposte al paziente
- abilitare
- costruire rapporti interpersonali.

La stimolazione viene in genere realizzata in **ambienti dedicati** : la stanza multisensoriale che fornisce stimoli semplici, basilari che possono essere percepiti da persone con gravi deficit.

L'ambiente snoezelen utilizza:

- fonti luminose (tubo a bolle, proiettore di immagini, fibre ottiche,...)
- musica rilassante e/o intermittente
- pavimento e soffitto multicolore o con fibre ottiche
- pannelli vibranti o interattivi
- superfici tattili
- poltrone oscillanti, letti vibranti o ad acqua
- diffusore di essenze profumate.
- Palestra.

3. STIMOLAZIONI BASALI SECONDO IL METODO A. FRÖHLICH

La stimolazione basale è un concetto di assistenza, accompagnamento e incoraggiamento per pazienti in condizioni gravissime. Fu elaborato dal pedagogo specializzato Andreas Fröhlich (Landstuhl, Germania) negli anni settanta mentre lavorava con bambini con handicap multipli fisici e psichici. Le stimolazioni basali consistono in un intervento riabilitativo, di accompagnamento e di sostegno per le persone con grave handicap. Si rivolgono a bambini, adolescenti ed adulti non autonomi che percepiscono e comunicano con il mondo esterno solo attraverso il loro corpo. Le persone gravemente handicappate hanno bisogno di un intervento riabilitativo che tenga conto della loro biografia, dei loro bisogni reali, delle loro capacità di interazione con il mondo esterno. Questo tipo di riabilitazione è finalizzata principalmente a stimolare un maggior sviluppo delle capacità di chi è gravemente svantaggiato per favorire un aumento della motivazione e dell'autostima e migliorare

così la qualità della vita. Le stimolazioni basali aiutano a compensare la mancanza di esperienze proprie, di movimento, di vissuti con il mondo esterno. Inoltre aiutano a creare un ambiente armonioso e stimolante che permette al bambino gravemente handicappato di "vivere" e "percepire" come un essere umano attivo nel suo ambiente. Attraverso la proposta di stimoli semplici sensoriali si cerca di aiutare le persone gravemente handicappate a scoprire se stesse e il proprio corpo. Attraverso il proprio corpo infatti si crea una rete sociale ed un rapporto con gli oggetti e si favorisce un processo di cambiamento tra l'io e il mondo. Le stimolazioni basali aiutano a cambiare la caotica sovrabbondanza di stimoli e ad avvicinarsi al mondo come struttura più comprensibile, fatta di minori paure. Solo tramite un intenso contatto corporeo le persone con grave handicap possono percepire e percepire il mondo. Tale percezione non sarebbe possibile in assenza degli organi percettivi: occhi, orecchie, pelle,... E' attraverso essi che possono essere percepiti diversi stimoli, codificati biologicamente e trasformati in percezione significativa. Questi collegamenti codificati portano ad una capacità umana di memorizzazione e di percezione del sé. La percezione e la sua elaborazione è un processo attivo tra ricerca di informazioni e la loro elaborazione. La percezione è strettamente legata al movimento. I bambini gravemente handicappati hanno anche problemi di percezione, le loro esperienze sono limitate e poco differenziate. Anche i danni cerebrali portano ad una limitazione delle capacità percettive e cognitive. L'integrazione di tutti i sensi non è resa possibile. Mancano le strategie attraverso le quali il bambino esplora il mondo. Il bambino con handicap grave non possiede autonomia di movimento e non può utilizzare il proprio corpo come mezzo di esperienza. Lo schema corporeo nasce dall'insieme delle sensazioni e delle esperienze che si riferiscono al proprio corpo. E' un sapere inconscio delle dimensioni, delle proporzioni, della natura, dello stato e delle condizioni e delle proprie capacità. Lo schema corporeo è costituito dalle esperienze sensorie e dai "feedback". L'individuo è in grado di trasferire solo una piccola parte di queste sensazioni a livello conscio.

Per stimolare lo schema corporeo occorre effettuare i cambi posturali in modo che il bambino percepisca tutte le parti del proprio corpo. E' necessario individuare una posizione che permetta al bambino di superare per qualche istante i suoi schemi motori patologici. La posizione ottimale è quella che:

- permette al bambino di sentirsi sicuro,
- permette un'attività propria, attraverso parziale mobilità motoria,
- non lo isola dalle altre persone,
- permette di non percepire dolore,
- aiuta a raggiungere la simmetria del capo,
- stimola entrambi gli emisferi del corpo,
- conferisce calma e stabilità,
- favorisce la respirazione,
- permette di percepire se stessi nello spazio,
- permette un maggior controllo della situazione,
- permette di capire meglio la distanza dalle cose (oggetti e persone).

Solo dopo aver stabilizzato a livello posturale la persona con handicap grave è possibile iniziare con le stimolazioni basali.

Le stimolazioni basali comprendono:

- stimolazioni vestibolari
- stimolazioni somatiche
- stimolazioni vibratorie
- stimolazioni orali

Il termine "basale" si riferisce alle basi della capacità comunicativa, della percezione, del movimento, dell'attenzione, dell'apprendimento e non si riferisce ad abilità e conoscenze. L'esistere fisicamente e l'essere vivo sono condizioni sufficienti per poter entrare in un processo di scambio a livello basale. La parola "basale" può essere definita come punto di partenza dello sviluppo di ogni individuo. Il termine "stimolazione" indica che sono presenti competenze elementari e capacità basali che vanno sostenute e stimolate. La stimolazione basale si rivolge alle persone il cui accesso al mondo animato ed inanimato, sembra limitarsi esclusivamente allo spazio ravvicinato. Questo riguarda sia i bambini molto piccoli, sia adolescenti ed adulti con handicap molto gravi. Si tratta di sostenere le persone con gravi handicap nella scoperta dell'"io", del "Tu" e del "Esso". "Io" si riferisce alla propria persona, rappresenta il proprio corpo con la possibilità di attività individuali. "Tu" si riferisce alle persone

dell'ambiente circostante e alle possibilità di comunicazione e di interazione a livello elementare. "Esso" sta per il mondo circostante, il materiale che acquisisce un significato attraverso l'attività dell'individuo. Le persone con gravissime limitazioni sono handicappate a causa della riduzione del loro potenziale d'attività e di comunicazione verso di sé, verso gli altri e verso il mondo materiale. Necessitano di un sostegno scientifico, intenso e soprattutto sensibile. Una caratteristica fondamentale della stimolazione basale consiste nel fatto che, attraverso la percezione corporea, si avviano e si affinano i processi comunicativi. La comunicazione e l'intervento avvengono a livello corporeo basale. Si potrebbe rapportare l'intervento alle prime forme di rapporto madre-bambino, ma è indispensabile tenere presente l'età reale del paziente e le sue esperienze di vita. Soprattutto esperienze di dolore, di crisi, di angosce e di stati d'irritazione. Di conseguenza non è possibile paragonare questa situazione con quella di un lattante nelle sue prime esperienze di vita. La possibilità di sviluppo nasce nel momento in cui il terapeuta scopre l'interesse primario della persona. Il termine "stimolazione" riguarda e sottolinea proprio questi aspetti. La stimolazione basale include il rapporto sensibile dell'individuo con handicap molto grave. L'osservazione non può essere intesa come un'attività distanziata, ma si tratta di un processo interattivo, che include la propria sensibilità professionale e la capacità di saper reagire, in maniera adeguata, ad ogni minimo cambiamento del prossimo. Dato che queste persone non dispongono generalmente di espressione linguistica e non sono in grado di usare gesti e mimica in maniera convenzionale, è di fondamentale importanza poter cogliere e saper interpretare i loro segnali vitali. Una persona con grave handicap potrà vivere come una personalità autonoma ed attiva soltanto nel momento in cui potrà fare una esperienza positiva scoprendo che, ad una sua attività mimica corrisponde una reazione da parte di un'altra persona. In una prima fase si tratta quindi di una stimolazione percettiva basale a livello reciproco. La percezione del terapeuta deve diventare più sensibile e deve differenziarsi in modo da essere in grado di poter fare delle proposte basali. La persona portatrice di handicap deve poter costruire le sue aspettative di sicurezza sociale (fiducia arcaica), solo a quel punto ci possiamo aspettare una qualche attività. La persona con disabilità deve costruire la certezza che le sue attività vengono osservate, comprese e corrisposte. Senza questa esperienza non potrà entrare in comunicazione e interazione. Un grave handicap può rallentare o rendere più difficoltoso questo processo ma un certo grado di comprensione reciproca è possibile. Le interpretazioni mancanti o errate portano ad una deviazione nella relazione. Questo fatto costituisce, con ogni probabilità, il problema più grave nell'intervento e nella stimolazione delle persone con handicap grave: la comunicazione sfugge continuamente. Osserviamo, di conseguenza, un atteggiamento assai diffuso: un tipo di impostazione autoritaria e non basata sulle esigenze del paziente. E' durante le necessità quotidiane che si propone l'opportunità di offrire stimolazioni basali. I vissuti e le esperienze sensoriali, in stretto contatto corporeo, possono essere molto ben differenziati e sostenuti nelle situazioni quotidiane (vestire, svestire, mangiare,...). Le stimolazioni basali nella vita di tutti i giorni si riferiscono ad un concetto basato sulle azioni e sul corpo che dà la possibilità alle persone con grave handicap di poter vivere gli elementi principali della loro vita quotidiana in stretto rapporto con la propria persona. Scoprono in questo modo i collegamenti sensati e possono vivere una comunicazione immediata ed una interazione.

STIMOLAZIONE VESTIBOLARE

Ogni individuo subisce, sin dall'inizio della vita, la forza di gravità. La stimolazione vestibolare comprende:

- cambi di posizione
- movimenti rotatori (contenitori che ruotano, sacchi di stoffa)
- movimenti a "dondolo" (amaca, dondolo)
- movimenti con il terapeuta (rulli e palle grosse)

L'attività vestibolare crea un aumento di attenzione, permette di percepire il movimento del proprio corpo, soddisfa il bisogno di movimento del bambino (stereotipie) e lo stabilizza a livello emotivo procurandogli calma, serenità e disponibilità.

STIMOLAZIONE SOMATICA

Ogni individuo, sin dall'inizio della vita, percepisce sé stesso attraverso la pelle (percezione tattile). La pelle è l'organo percettivo più importante che permette di captare in maniera più ampia diversi

stimoli (la pressione, il caldo e il freddo, il movimento, la percezione, il contatto con l'ambiente). I centri della percezione tattile più intensi sono: la bocca, la zona genitale e le mani.

La stimolazione somatica è una stimolazione corporea utile per creare la simmetria, creare un equilibrio tra attenzione e riposo, cercare di mantenere il ritmo di attività, dare la possibilità di percepirsi attraverso la pelle, inoltre permette di lavorare sul viso del bambino.

Materiale per la stimolazione somatica:

- guanti di diverse superfici,
- asciugacapelli,
- asciugamani (morbidi),
- materiale con superfici diverse (tulle,...),
- semplici oggetti (spugna, stoffe ecc.).

STIMOLAZIONE VIBRATORIA

Ogni individuo, sin dall'inizio della vita, è sottoposto ad un flusso vibratorio (in gravidanza con il battito del cuore della madre, col respiro, col rumore prodotto dagli organi interni).

L'influsso vibratorio rappresenta una percezione non uditiva ma si basa su una frequenza respiratoria. La stimolazione vibratoria è collegata alla percezione dello scheletro.

Materiale per la stimolazione vibratoria:

- cuscini vibratori,
- serpenti vibratori,
- oggetti vibratori (spazzolini da denti, rasoio elettrici ecc.),
- strumenti musicali (es. tamburo),
- letto d'acqua.

STIMOLAZIONE ORALE

La bocca nel bambino gravemente handicappato è spesso legata a vissuti negativi (problemi di alimentazione, motori, psicologici).

Il lavoro sulla bocca ha l'obiettivo di abituare il bambino ad essere toccato sul viso (es. durante il bagno, con il massaggio).

E' necessario proporre diversi oggetti da conoscere a livello orale, usare la posizione più adatta (a nido, Jonas), proporre giochi orali (freddo-caldo), proporre materiale per gioco mano-bocca, stimolare l'esplorazione orale di materiali diversi (posizione sui fianchi), proporre giochi che permettano l'esplorazione orale (es. da poter mettere sulle labbra ecc.).

Materiale per la stimolazione orale:

- spazzolini da denti,
- spugnette,
- pacchettini da mordere,
- giochi di gomma: palline di gomma, ciuccio,...

L'AMBIENTE BASALE

L'architettura post-moderna non costruisce ambienti esterni ed interni adatti alla persona portatrice di handicap. Gli ambienti reali nelle scuole, nelle case, nei centri di riabilitazione, le stanze per le terapie, sono costruiti soprattutto rispettando criteri di: praticità, funzionalità, igiene e sterilità. La persona con gravi handicap ha bisogno di un ambiente basale, cioè di uno spazio nel quale poter fare esperienze, nel quale svolgere attività di vita quotidiana e dove si possa orientare. Dal punto di vista etico non è giusto che la persona portatrice di handicap grave venga privata di "cose belle" che i normodotati acquisiscono senza problemi.

E' importante creare per la persona portatrice di handicap grave uno spazio basale individuale che sia adatto ai propri bisogni ed interessi.

Nello sviluppo umano la nicchia ha sempre avuto un ruolo importante: è uno spazio piccolo dove il corpo si sente contenuto e riceve sicurezza e protezione; da essa è possibile aprirsi verso attività esterne o ritirarsi a riposare.

La nicchia aiuta ad eliminare troppe informazioni esterne, caos, troppi stimoli, dando stabilità e sicurezza alla persona.

I principi di base per strutturare un ambiente basale sono:

- la possibilità di potersi orientare verso l'esterno,
- la struttura semplice, senza troppi stimoli visivi, tattili e uditivi,
- deve poter essere percepita come qualcosa di personale (con un particolare profumo, stoffa piacevole a livello tattile e visivo, acustica diversa, ecc.),
- la scelta del materiale deve essere ricca di contrasti,
- la struttura deve essere chiara e sicura.

Per creare un clima piacevole nell'ambiente basale, bisogna fare attenzione a:

- luce (soffusa e non al neon),
- acustica,
- contrasti di materiali,
- materiali ed oggetti adatti (cuscini, cunei, coperte, ecc.),
- utilizzo della stoffa per creare struttura a "baldacchino".

STIMOLAZIONI BASALI E GIOCO BASALE

Le stimolazioni basali sono state ideate per bambini che appartengono ai LIVELLI di sviluppo 1 e 2: si tratta di bambini che, per potersi mettere in contatto con altre persone ed imparare a conoscerle, devono utilizzare gli organi percettivi come la pelle, il sistema vestibolare, l'udito, l'olfatto, il gusto e la vista.

Nei bambini dei LIVELLI 3 e 4 è indicato un intervento mirato alla partecipazione attiva nelle attività quotidiane al fine di migliorare la strutturazione delle esperienze del mondo circostante e, di conseguenza, le loro possibilità di partecipazione alla vita sociale (intervento precoce, gioco basale). Il gioco basale si occupa dei modi di giocare delle persone con grave handicap ma anche delle loro possibilità di giocare insieme a persone sane. Non è facile comprendere il loro mondo di esperienze, le loro capacità di giocare sono difficilmente riconoscibili e il loro gioco è considerato spesso "deficitario". In realtà il loro gioco non è deficitario ma spesso sono gli adulti ad essere carenti nel riconoscere le loro modalità di gioco.

Spesso si dà poca attenzione al gioco della persona con handicap grave a causa dei seguenti motivi:

- il gioco non viene compreso come bisogno fondamentale dell'uomo indipendentemente dall'handicap;
- la capacità di giocare non viene attribuita a persone con handicap o viene svalutata come comportamento stereotipato;
- spesso si è insicuri nel rapporto con bambini gravemente handicappati e si fa fatica ad immedesimarsi nel loro mondo di esperienze.

Secondo Fröhlich il gioco è una forma di dialogo, una forma di comunicazione fra due "partner", è un bisogno primario.

Il gioco viene spontaneamente collegato all'infanzia e ai suoi ricordi, anche se è una componente umana che non si osserva solo nell'infanzia. Anche nell'adulto, infatti, vediamo tale comportamento, seppur meno intensamente rispetto al bambino. Giocare fa parte dell'essere umano. Il bambino si dedica completamente al gioco dimenticando il mondo circostante. La curiosità e l'attrazione giocano un ruolo importante così come il piacere del movimento e degli oggetti. Giocare può essere un'espressione della gioia della vita, una voglia pura, può anche essere faticoso, può significare un lavoro duro per la comprensione del mondo. Giocare è uno dei bisogni fondamentali dell'uomo ed è per lui indispensabile. Ci sono diverse teorie ludiche per spiegare che cosa è il gioco:

- gioco come preparazione al mondo degli adulti,
- gioco come sfogo di energie in eccesso,
- gioco come riposo e relax,
- gioco come approccio per elaborare i vissuti,

- gioco per sviluppare l'intelligenza.

I criteri del gioco sono:

- divertimento e piacere,
- agire liberi da significato,
- curiosità e fascino,
- volere semplicemente il gioco,
- gioia di vivere,
- sperimentare,...

Fröhlich sottolinea anche altri criteri: la motivazione a sviluppare la propria personalità, l'apparente assenza di scopo e significato, la spontaneità, la mancanza di ansia da prestazione, il piacere di giocare per se stessi.

Fröhlich osserva che generalmente si rispetta assai poco questa esigenza fondamentale nella persona con grave handicap. Le persone gravissime sono spesso sottoposte alle cure e al programma di terapie e non c'è per loro spazio e tempo reale per sviluppare momenti di gioco spontaneo. Spesso gli operatori usano il gioco come strumento terapeutico senza rispettare il criterio dell'assenza di significato: il gioco deve essere sempre giustificabile, sempre collocabile in un "programma".

A scuola o in terapia non si gioca quasi mai per il gusto di giocare; il gioco persegue quasi sempre un obiettivo, si tratta di un gioco intenzionale e non di un vero gioco senza apparente scopo. Tutto ciò ha naturalmente una giustificazione positiva poiché il gioco permette l'apprendimento con gioia e divertimento. E' necessario però ammettere che non si tratta di una vera forma di gioco. Ne deriva l'esigenza di creare un tempo e una possibilità di gioco vero nella quotidianità delle persone con grave handicap; all'interno del quale il gioco deve essere inteso come una forma di dialogo tra persone allo stesso livello con divertimento e gioia per entrambi.

E' possibile giocare da soli, con oggetti, uno di fronte all'altro, o in gruppo. Tutte queste forme di gioco possono essere vissute anche da persone con un grave handicap. Ovviamente è richiesta una notevole empatia nei confronti di tali persone; solo in tal modo è possibile entrare in un gioco molto semplice, infantile. Questa capacità ci permette di giocare anche con adolescenti e adulti con grave handicap. Lenz (1993) capovolge il discorso e valuta il gioco del bambino con grave handicap non come deficitario, ma piuttosto evidenzia i limiti del terapeuta che ha sempre delle aspettative dal gioco. Egli invita a scoprire forme di gioco serene, senza grandi aspettative terapeutiche.

I consigli per creare il gioco basale con il bambino grave sono:

- immedesimarsi nel gioco del bambino,
- seguire la sua proposta,
- mettersi al suo livello,
- accettarlo e rispettarlo così com'è,
- non volerlo modificare,
- affidarsi al bambino e lasciarsi coinvolgere dal suo gioco,
- attribuire competenza al bambino,
- essere disposti a provare il suo gioco,
- dimenticare ogni idea di stimolazione,
- vivere il gioco come vissuto e scoperta comune,
- evitare la dominanza.

"Basale", in questi termini, diventa sinonimo di: semplice, elementare, fondamentale, primitivo, senza preconcetti. Il "partner" handicappato durante il gioco basale non deve quindi afferrare, vedere, ascoltare, muoversi per poter giocare in maniera basale. Ognuno può partecipare al gioco indipendentemente dalla gravità del suo handicap. Il gioco basale non è una nuova forma di terapia ludica; poiché l'unico scopo del gioco basale è quello di giocare. Giocare, in termini basali, è fine a se stesso, provoca piacere e divertimento, conquista vissuti e arricchisce la vita.

In conclusione: non bisogna giocare per stimolare o per raggiungere qualche cosa, ma perché due persone che si incontrano scoprono insieme un gioco e lo sviluppano. Entrambi dovrebbero trovare piacere. Per rendere possibile il gioco basale il "partner" non handicappato ha una serie di compiti:

- deve preoccuparsi che le esigenze basilari come la fame e la sete siano soddisfatte,

- deve fare in modo che il bambino handicappato sia posizionato in maniera ottimale in modo da essere libero dal dolore e trovarsi in una postura che gli consenta maggiore autonomia e libertà di movimento,
- deve garantire criteri quali sicurezza, stabilità e affidabilità,
- deve creare uno spazio in cui sia possibile realizzare un "vero gioco": spazio non solo fisico ma anche temporale, quotidiano, dove si stimola e non si fanno richieste.

Il gioco basale si struttura in:

- gioco somatico,
- gioco vibratorio,
- gioco vestibolare.

Riepilogo COSTI - OBIETTIVI

1. Stanza Multimediale per GAME THERAPY	
Impianto videoproiezione	4.000
Impianto audio	4.700
Impianto immagini (telecamera, DVD, Blu Ray, Reg. digitale)	8.800
TOTALE OBIETTIVO 1	17.500
2. Stanza SNOEZELEN	
Materiale ludico e attrezzature	5.100
TOTALE OBIETTIVO 2	22.600
3. Stimolazione basale	
Materiale sensoriale e attrezzature	4.800
TOTALE OBIETTIVO 3	27.800

Al fine di garantire la congruità dei costi/obiettivi, sono disponibili i capitolati di spesa delle relative attrezzature, ovvero del materiale necessario all'attrezzatura delle tre diverse sale e delle rispettive terapie evidenziate nel progetto.

Pessano, 13 aprile 2011