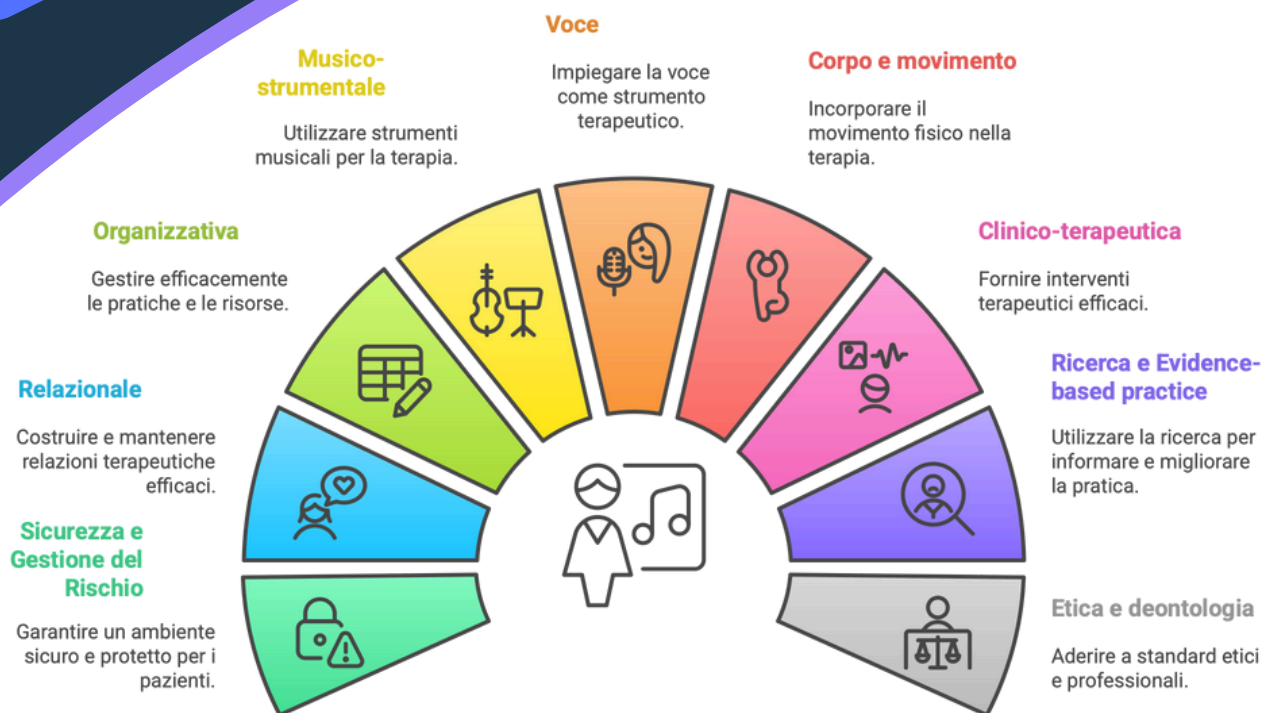


PAOLO ALBERTO CANEVA

Diventare Musicoterapeuta Esperto

una mappa completa per la pratica professionale



Orpheus

Paolo Alberto Caneva

DIVENTARE

MUSICOTERAPEUTA ESPERTO

una mappa completa per la pratica professionale

© 2025 Paolo Alberto Caneva



Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons
Attribuzione - Non commerciale - Condividi allo stesso modo 4.0 Internazionale
(CC BY-NC-SA 4.0)

Tu sei libero di:

- Condividere — riprodurre, distribuire, comunicare al pubblico, esporre in pubblico, rappresentare, eseguire e recitare questo materiale
- Modificare — remixare, trasformare il materiale e basarti su di esso per le tue opere

Alle seguenti condizioni:

- Attribuzione — Devi riconoscere una menzione di paternità adeguata
- NonCommerciale — Non puoi utilizzare il materiale per scopi commerciali
- StessaLicenza — Se remixi, trasformi il materiale o ti basi su di esso, devi distribuire i tuoi contributi con la stessa licenza del materiale originario

Per maggiori informazioni sulla licenza:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.it>

Prima edizione: Luglio 2025

Progetto grafico e impaginazione: Paolo Alberto Caneva

Copertina: Paolo Alberto Caneva

Contatti dell'autore per ricevere una copia del libro gratuitamente:

cnvpaolo@gmail.com

Indice

RINGRAZIAMENTI	7
INTRODUZIONE	8
LA STRUTTURA DEL MANUALE: NAVIGARE LA COMPLESSITÀ	8
PERCHÉ ALCUNE PAROLE RESTANO IN INGLESE	10
COME UTILIZZARE QUESTO MANUALE	11
OLTRE IL MANUALE: UN INVITO ALLA CO-CREAZIONE.....	12
UN PO' DI STORIA.....	14
L'EVOLUZIONE STORICA DEL CONCETTO DI COMPETENZA PROFESSIONALE	14
IL PARADOSSO DELL'EXPERTISE: RENDERE VISIBILE L'INVISIBILE.....	16
LA SFIDA DELLA VALUTAZIONE: OLTRE LA DICOTOMIA OGGETTIVITÀ-SOGGETTIVITÀ	18
MACRO AREA 1 - SICUREZZA & GESTIONE DEL RISCHIO	21
CLUSTER 1.1 SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO	22
MACRO AREA 2 - RELAZIONALE.....	23
CLUSTER 2.1 COMUNICAZIONE TERAPEUTICA (VERBALE – NON-VERBALE – MUSICALE)	24
CLUSTER 2.2 GESTIONE DI GRUPPI E DINAMICHE DI COMUNITÀ.....	25
CLUSTER 2.3 CULTURAL HUMILITY, DIVERSITY, EQUITY & INCLUSION	26
MACRO AREA 3 - ORGANIZZATIVA	27
CLUSTER 3.1 PROGETTAZIONE, DOCUMENTAZIONE E VALUTAZIONE DI INTERVENTI	28
MACRO AREA 4 - MUSICO STRUMENTALE	29
CLUSTER 4.1 STRUMENTARIO ARMONICO-RITMICO (CHITARRA, TASTIERE, PERCUSSIONI)	30
CLUSTER 4.2 TECNOLOGIA E STRUMENTI DIGITALI (HARDWARE, SOFTWARE, AI, TELE MT)	31
MACRO AREA 5 - VOCE	32
CLUSTER 5.1 TECNICA VOCALE FUNZIONALE.....	33
CLUSTER 5.2 USO ESPRESSIVO E TERAPEUTICO DELLA VOCE (CANTO, IMPROVVISAZIONE, PROSODIA)	34
MACRO AREA 6 - CORPO E MOVIMENTO.....	35
CLUSTER 6.1 CORPO COME STRUMENTO SONORO E DI AUTOREGOLAZIONE.....	36
CLUSTER 6.2 MOVIMENTO TERAPEUTICO E INTEGRAZIONE PSICOMOTORIA (RAS, DMT, GAIT TRAINING).....	37
MACRO AREA 7 - CLINICO TERAPEUTICA.....	38
CLUSTER 7.1 ASSESSMENT E PIANIFICAZIONE DEL TRATTAMENTO	39

CLUSTER 7.2 EROGAZIONE DELL'INTERVENTO E ADATTAMENTO CLINICO.....	40
CLUSTER 7.3 INTEGRAZIONE INTERDISCIPLINARE & CASE-MANAGEMENT	41
MACRO AREA 8 - RICERCA E EVIDENCE-BASED PRACTICE	42
CLUSTER 8.1 METODOLOGIA DI RICERCA E ANALISI CRITICA	43
CLUSTER 8.2 TRASFERIMENTO DELLE CONOSCENZE E DIVULGAZIONE CLINICA	44
CLUSTER 8.3 VALUTAZIONE ECONOMICA, SOSTENIBILITÀ E ADVOCACY	45
MACRO AREA 9 - ETICA E DEONTOLOGIA	46
CLUSTER 9.1 PRINCIPI ETICI FONDAMENTALI E RELAZIONI PROFESSIONALI	47
CLUSTER 9.2 LEGISLAZIONE, NORME E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE	48
CLUSTER 9.3 ADVOCACY E POLICY	49
APPENDICI.....	50
A. TABELLA DI CORRELAZIONE CON GLI STANDARD INTERNAZIONALI	51
B. CHECKLIST AUTOVALUTATIVA	55
C. PIANO DI SVILUPPO PROFESSIONALE	57
D. CROSS-REFERENCE TRA CLUSTER.....	63
E. GLOSSARIO DEI TERMINI TECNICI.....	64
F. BIBLIOGRAFIA	129
G. BIBLIOGRAFIA PER MACRO AREE	139

Ringraziamenti

Questo lavoro, come molti altri che lo hanno preceduto, è il frutto di una lunga e appassionata riflessione collettiva, nutrita negli anni da scambi intensi, talvolta accesi, sempre generativi.

Desidero esprimere una sincera e profonda gratitudine a Alessio Surian, Luca Xodo, Laura Festa, Silvia Maserati, Elide Scarlata ed Enrico Ceccato. Amici e colleghi che stimo profondamente e con cui ho avuto, in percentuali diverse, la fortuna e il privilegio di collaborare durante il mio percorso nella musicoterapia.

A prescindere da questo specifico lavoro, ho spesso rubato loro tempo ed energie per confrontarmi su temi che ci accomunano e che interrogano profondamente la nostra identità professionale. Anche questa volta hanno generosamente accettato di leggere questo corposo documento e di offrirmi il loro feedback, attento e prezioso.

A loro va la mia gratitudine più piena. Non solo per l'ennesimo gesto di disponibilità, ma per essere stati – e continuare ad essere – punti di riferimento, di scambio e di ispirazione.

Questo manuale viene pubblicato nel luglio 2025, a un anno dall'apertura del 18° Congresso Mondiale di Musicoterapia, che si terrà a Bologna dall'8 al 12 luglio 2026. È una scelta dal forte valore simbolico, ma anche un gesto programmatico: l'intento è di offrire uno strumento di lavoro che non si presenti come concluso o definitivo, ma che possa crescere nei prossimi dodici mesi attraverso il contributo, il confronto e le riflessioni di quanti più colleghi musicoterapeuti possibile, in Italia e non solo.

Per questo motivo, i miei ringraziamenti si estendono in anticipo anche a tutte le lettrici e i lettori che vorranno partecipare a questa opera collettiva in divenire. Ogni suggerimento, proposta o critica costruttiva sarà benvenuta. L'ambizione è di arrivare, proprio all'inizio del Congresso di Bologna, a una seconda edizione aggiornata, più ricca, più plurale, più condivisa.

Perché una professione cresce solo se la sua comunità si riconosce in un pensiero comune, ma capace di includere e valorizzare le differenze. Questo è l'invito: costruiamolo insieme.

Per contributi, osservazioni e proposte, potete scrivermi all'indirizzo: cnvpaolo@gmail.com

*Come in ogni viaggio che conta, ciò che
scoprirai dipenderà tanto dal territorio quanto
dal viaggiatore (Mr PAC)*

Introduzione

Questo lavoro nasce da anni di riflessione e dialogo – come studente, professionista e docente impegnato da tempo nella formazione, anche in contesti istituzionali come i Conservatori – sulla perenne e complessa domanda: quali sono davvero le conoscenze, le abilità e le attitudini fondamentali che definiscono un musicoterapeuta competente? Di fronte a quello che può sembrare un 'pozzo senza fine' di saperi potenzialmente utili, questo manuale non pretende di fornire il 'curriculum perfetto' o una lista esaustiva, ma offre un framework ragionato per orientarsi, per dare priorità e per costruire percorsi di sviluppo coerenti e personalizzati.

Ho sentito l'esigenza quindi di costruire uno strumento che permettesse di:

Dare visibilità e valore al complesso di conoscenze, abilità e atteggiamenti che caratterizzano il musicoterapeuta professionista

Offrire un linguaggio comune per dialogare tra colleghi e con altre figure professionali

Creare percorsi personalizzati di sviluppo professionale continuo

Facilitare la supervisione e l'auto-valutazione

Per farlo ho esaminato i principali framework internazionali (AMTA, CBMT, WFMT, EMT), integrandoli con l'esperienza sul campo nel contesto italiano e con i modelli pedagogici più avanzati di progettazione per competenze.

Il risultato è questo "piccolo manuale" – piccolo nel formato ma ambizioso nell'intento: mappare l'intero universo di competenze che un musicoterapeuta può sviluppare nel corso della sua carriera.

La struttura del manuale: navigare la complessità

Il cuore di questo manuale è rappresentato dalle **9 macro-aree di competenza**, ciascuna suddivisa in cluster funzionali che a loro volta sono descritti secondo la matrice K-S-A (Knowledge-Skills-Attitudes / Conoscenze-Abilità-Atteggiamenti) e graduati in 4 livelli di padronanza.

Se questa struttura ti sembra complessa, non preoccuparti – è proprio questa complessità che ci permette di catturare la ricchezza e le sfumature della nostra professione. Nelle prossime pagine, esploreremo:

La professione del musicoterapeuta si articola in nove dimensioni fondamentali, che insieme formano un sistema integrato e coerente:

- **Sicurezza e Gestione del Rischio:** La tutela integrale di utenti, terapeuta e ambiente di cura attraverso prevenzione del danno fisico, psicologico e deontologico, controllo dei livelli sonori, igiene, crisis-management e supervisione etica.
- **Relazionale:** Il cuore della nostra pratica, che si esprime nella comunicazione terapeutica e nella gestione delle dinamiche di gruppo
- **Organizzativa:** La capacità di progettare, documentare e valutare interventi in modo strutturato e verificabile
- **Musico-strumentale:** L'uso terapeutico degli strumenti musicali e delle tecnologie come mediatori relazionali
- **Voce:** L'utilizzo consapevole della vocalità nelle sue dimensioni tecniche ed espressive
- **Corpo e movimento:** L'integrazione della dimensione corporea e del movimento nell'esperienza musicoterapica
- **Clinico-terapeutica:** La capacità di valutare, pianificare e implementare interventi appropriati ed efficaci
- **Ricerca e Evidence-based practice:** L'integrazione della migliore evidenza disponibile nella pratica quotidiana
- **Etica e deontologia:** I principi e le norme che guidano la responsabilità professionale

Per ogni cluster di competenze, esploriamo tre dimensioni fondamentali:

- **Knowledge/Conoscenze:** Il sapere teorico, i principi, i modelli che informano la pratica
- **Skills/Abilità:** Il saper fare, le tecniche operative, le capacità pratiche
- **Attitudes/Atteggiamenti:** Il saper essere, le posture professionali, i valori incarnati

Questa triade ci ricorda che essere professionisti competenti non significa solo possedere conoscenze o tecniche, ma anche incarnare atteggiamenti coerenti con i valori della professione.

Per ogni dimensione, sono descritti quattro livelli progressivi di padronanza:

- **Livello D (Iniziale):** Il musicoterapeuta in formazione, che applica procedure di base sotto supervisione
- **Livello C (Base):** Il professionista che esegue compiti standard in autonomia, con comprensione operativa dei principi essenziali
- **Livello B (Intermedio):** Il clinico esperto che personalizza gli interventi, gestisce situazioni complesse e assume decisioni basate su evidenze
- **Livello A (Avanzato):** Il maestro che innova la pratica, guida colleghi e contribuisce allo sviluppo della professione

I livelli non sono giudizi di valore ma descrizioni di fasi evolutive. Ogni professionista avrà un profilo unico, con livelli diversi nelle varie aree, che riflette il suo percorso personale e i contesti in cui opera.

Infine, a complemento di questa architettura a più livelli, il manuale include una ricca sezione di appendici operative che costituiscono non un'aggiunta marginale, ma una vera e propria **cassetta degli attrezzi** per tradurre la teoria in prassi quotidiana.

Queste risorse operative si articolano in diversi strumenti complementari: una **checklist per l'auto-valutazione** che permette al professionista di mappare il proprio profilo di competenze e identificare aree di sviluppo prioritarie; **rubriche analitiche** pensate specificamente per la supervisione e il mentoring, che offrono criteri strutturati per il feedback e la crescita professionale; **griglie per la progettazione** di interventi che facilitano la traduzione degli obiettivi teorici in azioni concrete e misurabili.

Elemento particolarmente cruciale è l'**ampio glossario** di oltre **270 termini tecnico-specialistici**, che svolge una funzione strategica nell'ecosistema formativo contemporaneo. Qui trovano definizione operativa e contestualizzazione i concetti chiave utilizzati nel manuale, in particolare quelli lasciati nella forma inglese originale per preservarne la precisione concettuale e favorire l'accesso diretto alla letteratura scientifica internazionale. Il glossario si configura così come ponte essenziale tra il linguaggio professionale consolidato e le competenze emergenti, supportando tanto l'approfondimento teorico quanto l'applicazione clinica.

Perché alcune parole restano in inglese

Nel corso del libro incontrerai parecchie espressioni scritte in corsivo e lasciate nella loro forma inglese originale. Ogni volta che le vedrai potrai contare su un rimando puntuale al glossario in appendice, dove troverai la definizione operativa, gli eventuali sinonimi italiani fin qui proposti in letteratura e un breve esempio di utilizzo clinico.

Ho scelto di non tradurre queste parole per tre ragioni che meritano qualche riga di spiegazione approfondita.

1. Precisione concettuale (il rigore delle parole)

Alcuni concetti professionali si sono formati, consolidati e codificati nella lingua inglese all'interno di organismi come AMTA, CBMT, WFMT ed EMTC. Termini quali *accountability*, *empowerment*, *benchmarking*, *cultural humility* o *risk assessment* non possiedono equivalenti italiani altrettanto stabili e, soprattutto, condivisi in sede accademica e normativa. Tradurli significherebbe scegliere – spesso arbitrariamente – tra diverse parafrasi possibili, col rischio di attenuarne la portata operativa o di generare ambiguità. Un esempio: *empowerment* si traduce talvolta “potenziamento”, talvolta “attivazione di risorse”, talvolta “presa di potere”; ognuna di queste rese illumina un aspetto ma ne oscura altri. Lasciando il lemma inglese, accompagnato da glossario e contesto, tuteliamo la nitidezza semantica e permettiamo al lettore di riconoscere all'istante il riferimento concettuale nei documenti internazionali.

2. Accesso alla conoscenza globale (la porta d'ingresso ai saperi più aggiornati)

L'inglese è, di fatto, la lingua franca della ricerca in musicoterapia: analizzando gli ultimi cinque anni di pubblicazioni su Music Therapy Perspectives, Nordic Journal of Music Therapy, Voices e British Journal of Music Therapy, oltre il 90 % degli articoli originali è in inglese; percentuale che sale al 98% per le review sistematiche indicizzate su PubMed. Questo vuol dire che, per tenere il passo con l'evoluzione teorica e con le evidenze più robuste, il professionista italiano deve sapersi orientare in quella lingua. Familiarizzare già durante la lettura di questo manuale con la terminologia originale rende più agevole consultare linee guida, partecipare a congressi internazionali, candidarsi a programmi Erasmus+ o Horizon, dialogare su mailing list e piattaforme di ricerca collaborative. In altre parole, padroneggiare l'inglese professionale non è un vezzo elitario ma una competenza di sopravvivenza accademico-clinica in un ecosistema scientifico globalizzato.

3. Colmare le lacune formative nazionali (importare concetti mancanti nei nostri curricula)

Infine, diversi termini che troverai in queste pagine – entrainment, goal attainment scaling, resource-oriented practice, open sound control, tele-music therapy, wearable sensors – indicano concetti e strumenti che, a oggi, appaiono solo marginalmente (o per nulla) nei percorsi universitari italiani di musicoterapia e nei manuali tradotti in italiano. Mantenerli nella forma inglese, corredati da una spiegazione chiara e da esempi applicativi, permette agli studenti e ai colleghi di entrare in contatto precoce con saperi che saranno presto indispensabili: pensiamo all'entrainment ritmico nei protocolli Neurologic Music Therapy o all'open sound control per lo sviluppo di interfacce adattive. In questo modo la scelta linguistica diventa un piccolo atto di advocacy: inserire, fin dal lessico, quei tasselli che ancora mancano nei curricula nazionali e spingere le nostre istituzioni formative ad allinearsi agli standard europei.

In sintesi, lasciare alcuni termini in inglese serve a proteggere l'esattezza concettuale, ad aprire la porta ai saperi internazionali e a stimolare il rinnovamento dei corsi di studio italiani. Il glossario finale fa da contrappeso: nessuna parola rimane gergo per iniziati, ma diventa strumento di lavoro condiviso e, auspicabilmente, seme di innovazione nei nostri contesti professionali.

Come utilizzare questo manuale

Questo manuale è intenzionalmente polivalente: nasce per accompagnarti lungo l'intero ciclo di vita professionale, dall'auto-formazione iniziale al ruolo di advocate della disciplina. Di seguito trovi indicazioni più distese e contestualizzate su tre livelli di impiego:

Per l'auto-riflessione e lo sviluppo personale

1. **Mappatura iniziale:** Utilizza la checklist in appendice per fare un'auto-valutazione onesta del tuo profilo attuale di competenze segnando per ogni descrittore il livello che ritieni di aver raggiunto. Usa una scala Likert a

- 4 punti per evitare risposte centrali di comodo; affianca alla spunta una breve nota qualitativa (“esempio clinico”, “evidenza di portfolio”)
2. **Analisi mirata:** Identifica 2-3 aree che desideri sviluppare nei prossimi mesi
 3. **Piano di sviluppo:** Per ogni area scelta, definisci azioni concrete (letture, formazione, supervisione, pratica) per avanzare al livello successivo. Usa la Tabella PDP (Personal Development Plan, Appendice 2) dove annotare obiettivi, risorse, indicatori di prova e deadline.
 4. **Revisione periodica:** Torna alla checklist ogni 6-12 mesi e celebra i progressi fatti

Per la supervisione e il confronto tra pari

- **Linguaggio comune:** Utilizza le descrizioni del manuale per dare un nome preciso alle competenze che stai discutendo
- **Feedback strutturato:** Usa i livelli di padronanza per fornire feedback specifici e costruttivi
- **Supervisione mirata:** Concentra la supervisione su cluster specifici di competenze, anziché su questioni generiche
- **Apprendimento reciproco:** Condividi con i colleghi le aree in cui ti senti forte e quelle in cui cerchi crescita

Per la comunicazione professionale

1. **Presentazione professionale:** Usa il linguaggio del manuale per descrivere le tue competenze in CV, portfolio o presentazioni
2. **Dialogo interdisciplinare:** Utilizza le descrizioni per spiegare a colleghi di altre discipline il valore specifico della musicoterapia
3. **Progettazione:** Integra le competenze nelle proposte progettuali per mostrare la solidità metodologica del tuo approccio
4. **Advocacy:** Utilizza il framework per promuovere la professione presso decisori e *stakeholder*

Oltre il manuale: un invito alla co-creazione

Questo manuale non pretende di essere l'ultima parola sulle competenze in musicoterapia. È una base di partenza, un documento vivo che evolverà grazie al contributo di tutta la comunità professionale.

Ti invito quindi a considerarlo come un *work in progress*, un dialogo aperto piuttosto che un testo definitivo. Le tue esperienze, riflessioni e feedback saranno fondamentali per arricchirlo e affinarlo nel tempo.

La musicoterapia è una professione giovane e in rapida evoluzione. Nuove evidenze scientifiche, approcci innovativi e contesti applicativi emergenti continueranno a espandere e trasformare le competenze che ci definiscono come professionisti.

Ricorda che dietro ogni descrittore tecnico, ogni tabella e ogni definizione in questo manuale, c'è una storia umana: un paziente che ha ritrovato la voce, un gruppo che ha scoperto nuove possibilità di connessione, un sistema familiare che ha trovato nuovi modi di comunicare.

Queste storie, questi incontri trasformativi sono la vera essenza della nostra professione.

È tempo di iniziare il viaggio attraverso il paesaggio delle competenze musicoterapiche. Nelle pagine che seguono troverai una mappa dettagliata, con tutte le sue valli, montagne, fiumi e sentieri.

Questa mappa, come detto, non esaurisce l'infinito territorio della nostra disciplina, ma offre un linguaggio comune, una struttura e dei punti di riferimento essenziali per navigare la sua complessità con maggiore consapevolezza e direzione.

Come in ogni viaggio che conta, ciò che si scopre dipende tanto dal territorio quanto dal viaggiatore: dalle sue precedenti esperienze, dalle sue curiosità, dalla sua disponibilità a esplorare sentieri meno battuti. Le competenze del musicoterapeuta si sviluppano nell'interazione continua tra persona, contesto e comunità professionale, in un processo di co-costruzione che non può essere standardizzato o predeterminato.

In questa prospettiva, il divenire professionista competente si configura come un processo di trasformazione personale oltre che di acquisizione tecnica. Un processo che coinvolge la persona nella sua interezza – con le sue conoscenze, le sue abilità, ma anche le sue emozioni, i suoi valori, la sua storia – e la pone in relazione dialogica con la comunità professionale e con i contesti in cui opera.

È in questa relazione dialogica che emergono e si affinano non solo le competenze specifiche del musicoterapeuta, ma anche quelle meta-competenze che caratterizzano il professionista riflessivo: la capacità di apprendere dall'esperienza, di riflettere criticamente sulla propria pratica, di integrare teoria e prassi in un circolo virtuoso, di adattarsi a contesti mutevoli mantenendo saldo il nucleo identitario della professione.

Il viaggio professionale del musicoterapeuta, come ogni viaggio significativo, non è privo di sfide, ostacoli e momenti di disorientamento. Un modello di competenze articolato e flessibile può fornire una mappa per navigare questa complessità, senza la pretesa di eliminarla ma con l'ambizione di renderla più leggibile e quindi più affrontabile.

In definitiva, lo sviluppo delle competenze professionali in musicoterapia si configura come un processo di apprendimento trasformativo, in cui l'acquisizione di conoscenze e abilità si intreccia con la crescita personale, l'elaborazione dell'esperienza e la costruzione di una identità professionale autentica e integrata. Un processo che, come la musica stessa, non ha mai un punto di arrivo definitivo ma si rinnova continuamente nel fluire dell'esperienza.

Buon viaggio e buon lavoro!

Paolo A. Caneva

Luglio 2025

Un po' di storia

Nel panorama professionale contemporaneo, il concetto di competenza ha subito una profonda trasformazione. Dall'idea riduttiva di abilità tecnica standardizzata, si è passati a una concezione multidimensionale, dinamica e contestuale, che integra conoscenze teoriche, capacità operative e qualità personali. Questa evoluzione risponde alle sfide di un mondo del lavoro sempre più complesso, caratterizzato da rapidi cambiamenti tecnologici, ibridazione dei saperi e necessità di adattamento continuo.

La domanda fondamentale che attraversa oggi ogni settore professionale è: cosa significa essere veramente competenti in un ambito specifico? Come definire, sviluppare e valutare le competenze in un contesto in cui i confini disciplinari diventano sempre più porosi e le esigenze sempre più articolate?

Queste domande assumono particolare rilevanza in professioni di confine come la musicoterapia, disciplina che si colloca all'intersezione tra arte e scienza, tra espressione creativa e metodo clinico, tra tradizione umanistica e neuroscienze. Il musicoterapeuta contemporaneo incarna perfettamente le sfide della professionalità ibrida, dovendo integrare competenze che provengono da mondi apparentemente distanti: la padronanza musicale e la sensibilità artistica, la comprensione dei processi psicologici e la conoscenza dei meccanismi neurologici, le capacità relazionali e il rigore metodologico.

L'evoluzione storica del concetto di competenza professionale

Per comprendere a fondo le sfide attuali nella definizione delle competenze professionali, è utile tracciare brevemente l'evoluzione storica di questo concetto. Nel modello tradizionale, di matrice tayloristica¹, la competenza professionale era intesa come l'insieme delle conoscenze e abilità tecniche necessarie per svolgere mansioni predefinite in contesti stabili. L'accento era posto sull'aderenza a procedure standardizzate, con un approccio parcellizzato al lavoro. Questo modello ha dominato per gran parte del Novecento, influenzando profondamente i sistemi di formazione professionale e la gestione delle risorse umane nelle organizzazioni.

A partire dagli anni '70, gli studi di McClelland hanno spostato l'attenzione verso caratteristiche più profonde dell'individuo, come motivazioni, tratti personali e

¹ Il taylorismo, sistema organizzativo teorizzato da Frederick Winslow Taylor agli inizi del XX secolo, ha radicalmente trasformato la concezione della competenza professionale. Questo modello si fonda su quattro principi cardine: la divisione scientifica del lavoro in operazioni elementari e ripetitive; la specializzazione estrema del lavoratore su singole mansioni; la standardizzazione dei processi produttivi; e il controllo centralizzato da parte del management. Tale approccio ha determinato una netta separazione tra attività intellettuale di progettazione (riservata ai dirigenti) ed esecuzione manuale (affidata agli operai), provocando una progressiva frammentazione delle competenze e una significativa riduzione dell'autonomia decisionale del lavoratore rispetto al precedente modello artigianale. L'eredità del taylorismo sulla competenza professionale persiste ancora oggi, sebbene molte organizzazioni contemporanee stiano evolvendo verso modelli che valorizzano competenze più integrate e polivalenti

immagine di sé, considerate predittive di una performance superiore. Nel suo influente articolo "Testing for competence rather than for intelligence", McClelland sostiene che "le tradizionali misure attitudinali e i test di conoscenza, così come i voti scolastici e le credenziali (...) raramente predicono il successo professionale" (McClelland, 1973, p. 6). Questo approccio, sviluppato successivamente da Boyatzis, ha portato a una definizione di competenza come "caratteristica intrinseca di un individuo casualmente collegata ad una performance efficace o superiore".

Negli anni '90, con l'accelerazione dei cambiamenti tecnologici e organizzativi, l'accento si è spostato sulla flessibilità e la capacità di apprendimento continuo. Le competenze non sono più viste come attributi statici ma come risorse dinamiche che l'individuo mobilita per affrontare situazioni complesse e imprevedibili. Guy Le Boterf ha definito la competenza come "un saper agire in situazione", sottolineando che "la competenza non risiede nelle risorse (conoscenze, capacità...) da mobilitare, ma nella mobilitazione stessa di queste risorse. La competenza è dell'ordine del 'saper mobilitare'" (Le Boterf, 1994, p. 16), evidenziando così la dimensione contestuale e l'importanza della riflessività.

Più recentemente, l'approccio socio-costruttivista ha messo in luce la natura distribuita e situata delle competenze, che non risiedono esclusivamente nell'individuo ma emergono dall'interazione con gli altri e con l'ambiente. Le *comunità di pratica* descritte da Wenger diventano il contesto privilegiato per lo sviluppo di competenze attraverso processi di partecipazione e reificazione. Wenger afferma che "la competenza non è semplicemente una questione di possedere informazioni, ma di appartenere a una comunità e di essere riconosciuto come un membro competente" (Wenger, 1998, p. 152).

Nel campo specifico della musicoterapia, questa evoluzione si riflette nel passaggio da un'enfasi iniziale sulle abilità musicali e tecniche specifiche, a una crescente attenzione per le competenze relazionali, riflessive e contestuali. I primi modelli formativi, influenzati dal paradigma conservatorio, privilegiavano l'acquisizione di un repertorio di tecniche e interventi standardizzati. Gradualmente, si è affermata una visione più complessa, che integra la dimensione artistica, quella scientifica e quella relazionale in un profilo professionale olistico. Come sottolinea Bruscia nella sua definizione di musicoterapia, "il processo terapeutico non è né la musica da sola, né la relazione da sola, ma piuttosto la loro integrazione, che diventa il contesto per il cambiamento" (Bruscia, 1998, p. 56).

Le ricerche contemporanee sulla competenza professionale hanno superato il modello statico della "lista di controllo" di abilità separate, per abbracciare una visione più organica e dinamica. Ogni professionista sviluppa nel tempo un proprio *mosaico di competenze*, la cui configurazione unica riflette il suo percorso formativo, le sue esperienze, i contesti in cui opera e le persone con cui interagisce.

In questo mosaico personale, alcune tessere sono già ben definite e lucidate dall'esperienza, altre sono in fase di costruzione, altre ancora sono appena abbozzate o attendono di essere scoperte. Le tessere provengono da territori disciplinari diversi e la loro combinazione unica costituisce l'impronta distintiva di ciascun professionista.

Nel caso del musicoterapeuta, questo mosaico è particolarmente variegato. Vi confluiscono competenze musicali (dall'improvvisazione alla lettura dello

spartito, dalla vocalità alla padronanza degli strumenti), competenze cliniche (dalla valutazione alla pianificazione del trattamento, dalla comprensione dei quadri patologici alla conoscenza dei modelli terapeutici), competenze relazionali (dall'empatia all'ascolto attivo, dalla gestione delle dinamiche di gruppo alla comunicazione interdisciplinare), competenze organizzative (dalla documentazione alla progettazione, dalla ricerca alla valutazione degli esiti).

La completezza assoluta in ogni singolo ambito è un ideale irraggiungibile, e forse nemmeno auspicabile. Le differenze individuali nei profili di competenza non rappresentano una mancanza, ma una ricchezza. Un musicoterapeuta che lavora in un hospice svilupperà probabilmente competenze particolarmente raffinate nell'uso della voce e nel sostegno emotivo, mentre un collega specializzato in neuroriabilitazione potrebbe eccellere nelle tecniche di stimolazione ritmica uditiva e nella conoscenza dei correlati neurofisiologici dell'esperienza musicale.

Il paradosso dell'expertise: rendere visibile l'invisibile

Un fenomeno affascinante, osservato in numerosi studi sulla competenza professionale, è il cosiddetto "paradosso dell'expertise": quanto più diventiamo esperti in un campo, tanto meno siamo consapevoli delle competenze che utilizziamo. Le conoscenze e le abilità profondamente interiorizzate diventano automatiche, tacite, invisibili persino a chi le possiede.

Michael Polanyi (1891-1976), scienziato e filosofo, ha sviluppato il concetto di "conoscenza tacita" nel suo libro "The Tacit Dimension". La sua celebre frase "sappiamo più di quanto possiamo dire" (Polanyi, 1966, p. 4) sintetizza l'idea che una parte significativa della nostra conoscenza non è esplicita o verbalizzabile, ma rimane implicita nella nostra esperienza corporea e percettiva.

Polanyi distingue tra:

- **Conoscenza esplicita:** ciò che può essere codificato, verbalizzato, trasmesso attraverso istruzioni formali
- **Conoscenza tacita:** ciò che è incorporato nella nostra esperienza, nei nostri gesti, nelle nostre intuizioni, e che non può essere pienamente articolato

Un esempio classico che Polanyi utilizza è quello del riconoscimento dei volti: "Possiamo conoscere un volto e riconoscerlo tra mille, eppure non possiamo di solito dire come riconosciamo un volto che conosciamo" (Polanyi, 1966, p. 5). La nostra capacità di riconoscimento eccede la nostra capacità di spiegazione.

Donald Schön (1930-1997), nel suo libro "Il professionista riflessivo", ha approfondito questo concetto applicandolo specificamente alla pratica professionale. Ha sviluppato l'idea di "conoscenza nell'azione" (knowing-in-action), che descrive il tipo di conoscenza che si manifesta spontaneamente nelle azioni di un esperto: "Spesso non siamo in grado di descrivere il nostro sapere rivelato dalla nostra azione, o non siamo in grado di descriverlo in modo adeguato. Il nostro sapere è normalmente tacito, implicito nei nostri modelli di azione e nella nostra sensibilità per le cose delle quali ci occupiamo" (Schön, 1983, p. 49).

Secondo Schön, il professionista esperto:

- Non applica meccanicamente regole o teorie apprese

- Agisce con una comprensione intuitiva che si è formata attraverso l'esperienza
- Integra una moltitudine di informazioni e le elabora in tempo reale
- Risponde a situazioni uniche con un'intelligenza situata che va oltre l'applicazione di formule

Gli esempi del pianista e del chirurgo illustrano perfettamente questo fenomeno: il pianista virtuoso non pensa consapevolmente al posizionamento delle dita, così come il chirurgo esperto non riflette su come impugnare il bisturi. Queste operazioni sono diventate parte del loro repertorio corporeo, permettendo loro di focalizzare l'attenzione su aspetti più complessi dell'esecuzione.

Nel contesto della musicoterapia, questo paradosso assume particolare rilevanza per diverse ragioni:

1. **Multimodalità dell'intervento:** Il musicoterapeuta esperto coordina simultaneamente aspetti musicali, relazionali, clinici e corporei. Ad esempio, può modulare il proprio canto mentre osserva micro-cambiamenti nell'espressione del paziente, adattando in tempo reale il tempo, la dinamica o il timbro vocale, senza dover pensare consapevolmente a ciascuna di queste azioni.
2. **Lettura del non-verbale:** Il musicoterapeuta sviluppa una sofisticata capacità di "lettura" dei segnali non verbali (postura, respiro, sguardo, tensione muscolare), che spesso avviene a un livello pre-riflessivo o intuitivo. Come nota Stern nei suoi studi sulle interazioni madre-bambino, questa "lettura" avviene su una "micro-scala temporale" che sfugge alla consapevolezza riflessiva (Stern, 2004, p. 80).
3. **Improvvisazione clinica:** L'improvvisazione in musicoterapia richiede una forma avanzata di conoscenza tacita, dove il terapeuta risponde musicalmente ai contributi del paziente con una immediatezza che precede la riflessione cosciente. Secondo Wigram, "nell'improvvisazione clinica, il terapeuta deve essere in grado di rispondere istantaneamente e intuitivamente senza la mediazione di un processo decisionale consapevole" (Wigram, 2004, p. 37).
4. **Adattamento contestuale:** L'esperto adatta il proprio intervento alle specifiche esigenze del momento terapeutico, spesso senza poter articolare completamente le ragioni delle proprie scelte. Bruscia definisce questa capacità come "sensibilità clinica", ovvero "la capacità di percepire ciò che sta accadendo nel momento terapeutico e di rispondere in modo appropriato, spesso prima che sia possibile una riflessione consapevole" (Bruscia, 1998, p. 115).

Un musicoterapeuta esperto, ad esempio, potrebbe modulare istantaneamente il proprio accompagnamento armonico in risposta a un cambiamento quasi impercettibile nel tono vocale o nella postura del paziente, creando uno spazio sonoro che sostiene l'emergere di un'emozione o facilita una transizione. Questa sincronizzazione fine tra percezione, elaborazione e risposta musicale è spesso troppo rapida e complessa per essere completamente accessibile alla coscienza riflessiva.

Questa dimensione tacita della competenza professionale pone sfide significative:

1. **Trasmissione della conoscenza:** Come insegnare ciò che non può essere pienamente verbalizzato? La tradizione del "apprendistato" e del "modellamento" risponde in parte a questa sfida. Come sottolinea Dreyfus nel suo modello di acquisizione delle competenze, "i principianti hanno bisogno di regole, ma gli esperti, paradossalmente, sono limitati dalle regole" (Dreyfus & Dreyfus, 1986, p. 108).
2. **Valutazione delle competenze:** Come valutare capacità che non possono essere interamente esplicitate? Le rubriche valutative e l'osservazione strutturata offrono strumenti imperfetti ma utili. Secondo Wiggins, "la valutazione autentica deve cogliere non solo ciò che lo studente sa, ma anche come utilizza ciò che sa in contesti che approssimano il mondo reale" (Wiggins, 1998, p. 24).
3. **Sviluppo professionale:** Come facilitare la crescita di competenze tacite? La pratica riflessiva e la supervisione possono aiutare il professionista a diventare più consapevole di queste dimensioni implicite. Schön propone il concetto di "riflessione sull'azione" come strumento per portare alla consapevolezza elementi della propria pratica che normalmente rimangono taciti (Schön, 1983, p. 61).
4. **Documentazione e ricerca:** Come documentare e ricercare aspetti della pratica che resistono alla verbalizzazione? I metodi fenomenologici e l'analisi microanalitica delle interazioni terapeutiche offrono possibili approcci. Ferrara suggerisce che "l'analisi fenomenologica permette di cogliere qualità dell'esperienza musicale che sfuggono all'analisi formale" (Ferrara, 1984, p. 357).

Uno dei compiti fondamentali nella definizione di un modello di competenze è proprio rendere visibile l'invisibile: portare alla superficie queste conoscenze tacite, dargli un nome, mapparle e offrire un linguaggio per riconoscerle, coltivarle e comunicarle agli altri. Questo processo ha un duplice valore: da un lato democratizza l'accesso alla competenza, trasformando l'arte misteriosa del maestro in un percorso potenzialmente accessibile all'apprendista; dall'altro, permette una riflessione critica e un perfezionamento consapevole anche da parte dei professionisti più esperti.

La sfida della valutazione: oltre la dicotomia oggettività-soggettività

Definire le competenze comporta inevitabilmente interrogarsi su come valutarle. La valutazione delle competenze professionali ha rappresentato storicamente un campo di tensione tra due esigenze apparentemente contrastanti: da un lato, la ricerca di oggettività, standardizzazione e misurabilità; dall'altro, l'attenzione alla complessità, alla contestualizzazione e alla dimensione qualitativa dell'agire professionale.

I modelli tradizionali di valutazione, focalizzati sulla verifica di conoscenze dichiarative o sull'osservazione di performance in contesti artificiali, mostrano limiti evidenti quando si tratta di cogliere la natura multidimensionale e situata delle competenze professionali. Come valutare, ad esempio, la capacità di un

musicoterapeuta di instaurare una relazione terapeutica autentica, di adattare in tempo reale il proprio intervento musicale in risposta alle esigenze emergenti, o di integrare intuizione clinica e rigorosa metodologia?

Gli approcci più recenti alla valutazione delle competenze propongono il superamento di questa dicotomia attraverso metodologie che integrano diverse prospettive e strumenti. Le rubriche valutative, ad esempio, permettono di descrivere in modo analitico livelli progressivi di padronanza per ciascuna dimensione della competenza, combinando il rigore della descrizione oggettiva con la ricchezza dell'osservazione qualitativa. Come sottolinea Capperucci, "le rubriche valutative non giudicano il valore assoluto di una prestazione, ma descrivono come essa si colloca lungo un continuum di qualità crescente" (Capperucci, 2017, p. 9). Particolarmente promettente in questo senso è l'approccio della valutazione autentica, che privilegia compiti reali o simulazioni ad alta fedeltà, in cui il professionista deve mobilitare in modo integrato le diverse dimensioni della competenza. Wiggins sostiene che "la valutazione autentica è progettata per giudicare la nostra capacità di usare efficacemente le conoscenze e le abilità per affrontare compiti complessi, simili a quelli che si incontrano nella vita reale" (Wiggins, 1998, p. 21). Nel caso della musicoterapia, questo può tradursi in modalità valutative che combinano l'osservazione diretta della pratica clinica, l'analisi di casi, la supervisione basata su registrazioni audio-video, l'autovalutazione riflessiva e il feedback di pazienti, colleghi e supervisori. Un aspetto cruciale, spesso trascurato, è il coinvolgimento del professionista stesso nel processo valutativo. La capacità di autovalutarsi criticamente, di riflettere sulla propria pratica e di identificare autonomamente aree di miglioramento rappresenta essa stessa una meta-competenza fondamentale. Schön descrive questo processo come "riflessione sull'azione", evidenziando come "attraverso la riflessione, il professionista può portare in superficie e criticare le tacite comprensioni che si sono sviluppate intorno alle esperienze ripetitive di una pratica specializzata" (Schön, 1983, p. 61). I modelli più avanzati di valutazione delle competenze professionali valorizzano questa dimensione, proponendo strumenti che facilitano l'autoanalisi e la pianificazione del proprio sviluppo professionale continuo. Kenneth Bruscia, uno dei più influenti teorici della musicoterapia, ha definito questa disciplina come "un processo sistematico di intervento in cui il terapeuta aiuta il cliente a promuovere la salute utilizzando le esperienze musicali e le relazioni che si sviluppano attraverso di esse". Questa definizione evidenzia la duplice natura della musicoterapia: da un lato processo sistematico, basato su metodologie rigorose e verificabili; dall'altro esperienza relazionale mediata dal linguaggio artistico della musica.

Questa dualità si riflette nel profilo di competenze del musicoterapeuta, che deve integrare la dimensione scientifica (conoscenza dei fondamenti teorici, capacità di assessment, pianificazione degli interventi, valutazione degli esiti) con quella artistica (sensibilità estetica, creatività, capacità espressiva, intuizione musicale) e quella relazionale (empatia, ascolto attivo, capacità di sintonizzazione affettiva). A differenza di altre professioni sanitarie o educative, in cui il linguaggio verbale costituisce il principale veicolo della relazione, il musicoterapeuta utilizza primariamente un linguaggio non verbale, quello sonoro-musicale, per stabilire contatto, facilitare l'espressione e promuovere il cambiamento. Questo richiede non solo padronanza tecnica degli strumenti musicali, ma anche e soprattutto la capacità di utilizzare gli elementi musicali (ritmo, melodia, armonia, timbro,

dinamica) in modo clinicamente intenzionale, modulandoli in risposta alle necessità terapeutiche del momento. Un'altra specificità della musicoterapia risiede nella centralità del corpo come strumento e luogo dell'esperienza musicale. Il suono è fenomeno fisico che attraversa e risuona nei corpi, attivando risposte neurovegetative, emotive e cognitive. Il musicoterapeuta lavora quindi in una dimensione embodied, in cui la consapevolezza corporea, il movimento e la sincronizzazione sensomotoria giocano un ruolo fondamentale. La varietà dei contesti applicativi e delle popolazioni destinatarie degli interventi musicoterapici contribuisce ulteriormente alla complessità del profilo professionale. Il musicoterapeuta può operare in ambiti sanitari (ospedali, centri di riabilitazione, servizi di salute mentale), educativi (scuole, centri per l'integrazione), sociali (comunità, centri diurni) o culturali (progetti di community music therapy), con persone di ogni età e con le più diverse condizioni: disturbi dello sviluppo, disabilità intellettive, problemi neurologici, patologie psichiatriche, condizioni degenerative, situazioni di marginalità sociale. Questa eterogeneità di contesti e utenze richiede grande flessibilità e capacità di adattamento, pur mantenendo saldo il nucleo identitario della professione. Il musicoterapeuta deve saper dialogare con diversi linguaggi professionali, integrare il proprio intervento in progetti multidisciplinari, e modulare approcci e tecniche in funzione delle specifiche esigenze del contesto.

Macro Area 1

SICUREZZA & GESTIONE DEL RISCHIO

La competenza tecnica e relazionale del musicoterapeuta poggia su un prerequisito non negoziabile: la garanzia di sicurezza fisica, psicologica e deontologica per l'utente, per il professionista e per l'ambiente di cura. I Board Certification Domains (CBMT, 2025) dedicano un intero capitolo alle pratiche di safety; l'EMTC indica la gestione del rischio come criterio essenziale di qualità. Questa macro-area, trasversale a tutte le altre, raccoglie i comportamenti, le conoscenze e gli atteggiamenti che riducono al minimo il danno potenziale associato all'uso clinico della musica.

Cluster 1.1 Sicurezza e Gestione del Rischio

Il rischio clinico rappresenta la “rete di sicurezza” dell'intervento musicoterapico: dall'integrità degli strumenti alla modulazione dei dB(A), questo cluster definisce gli standard minimi perché la musica rimanga fattore protettivo e non iatrogeno, secondo CBMT 2025 e WHO 2024.

Per la gestione della sicurezza nei contesti digitali, vedi Cluster 4.2

Dimensione	D Iniziale	C Base	B Intermedio	A Avanzato
Conoscenze	a) Riconosce procedure antincendio e vie di fuga; b) Sa che alcuni livelli d'ampiezza sonora possono danneggiare l'udito.	a) Descrive protocolli di disinfezione strumenti (WHO, 2024); b) Conosce controindicazioni musicali in specifiche patologie (epilessia musicogena, PTSD acuto).	a) Analizza fattori di rischio biopsicosociali: - esposizione prolungata, - iperstimolazione sensoriale; b) Conosce linee guida su limiti dB(A) per setting clinici (NIOSH, 2019).	a) Elabora procedure di gestione crisi: - aggressività, - dissociazione; b) Partecipa a comitati etici e contribuisce alla stesura di linee guida nazionali.
Abilità	a) Controlla che strumenti e cavi siano integri prima della sessione.	a) Applica “universal precautions”: - guanti, - sanificazione, - log di disinfezione; b) Effettua test di livello sonoro e regola dB(A).	a) Modula elementi musicali per prevenire <i>dysregulation</i> (tempo, timbro, pattern); b) Redige piani di evacuazione specifici per gruppi vulnerabili.	a) Forma colleghi/tirocinanti su <i>risk-assessment</i> ; b) Implementa <i>audit</i> periodici di sicurezza e ne analizza gli <i>outcome</i> .
Atteggiamenti	a) Assume che la struttura garantisca la sicurezza.	a) Considera la sicurezza parte integrante della cura; b) Mostra prudenza senza rigidità.	a) Proattivo nell'identificare rischi emergenti; b) Responsabile anche di fronte a pressioni organizzative.	a) Mentalità “ <i>Just Culture</i> ”: promuove report di <i>near-miss</i> ; b) <i>Advocacy</i> per ambienti musicali sicuri nella collettività.

Macro Area 2

RELAZIONALE

La dimensione relazionale rappresenta il cuore pulsante della musicoterapia. Prima di essere musicisti o terapeuti, siamo esseri umani in relazione con altri esseri umani. Le competenze di questa macro-area costituiscono il fondamento su cui si costruisce ogni intervento efficace, indipendentemente dal contesto o dall'approccio utilizzato.

Mentre la musica è il nostro strumento principale, è la qualità della relazione che determina l'efficacia terapeutica. Qui esploriamo come costruire connessioni significative attraverso la comunicazione verbale, non verbale e musicale, e come facilitare dinamiche di gruppo che promuovano crescita ed empowerment.

Cluster 2.1 Comunicazione terapeutica (verbale – non-verbale – musicale)

In musicoterapia, la comunicazione va ben oltre le parole. Questo cluster esplora l'intero spettro comunicativo: dai micro-segnali non verbali alla prosodia della voce, dai gesti all'espressione musicale condivisa.

Il musicoterapeuta esperto sa creare uno spazio di ascolto autentico, modulando la propria presenza per sintonizzarsi con i bisogni di ciascun utente. Sa quando parlare e quando tacere, quando intensificare il contatto visivo e quando attenuarlo, quando specchiare il paziente e quando proporre nuove modalità relazionali.

Sviluppare queste competenze significa imparare a "leggere" il linguaggio del corpo, decodificare le sfumature emotive della voce e rispondere con interventi musicali calibrati che favoriscono l'espressione, la regolazione e la connessione.

Dimensione	D Iniziale	C Base	B Intermedio	A Avanzato
Conoscenze	a) Riconosce elementi essenziali della comunicazione verbale e gestuale.	a) Descrive principi di counseling centrato sulla persona, <i>mirroring</i> e <i>iso principle</i> ; b) Conosce la prosodia affettiva.	a) Analizza pattern comunicativi complessi integrando modelli dialogici e neuromusicali; b) Padroneggia concetti di <i>attunement</i> e sincronizzazione intersoggettiva (Stern).	a) Elabora modelli innovativi basati su neuroscienze sociali; b) Insegna e supervisiona tecniche di comunicazione musicale avanzata.
Abilità	a) Conduce brevi colloqui con domande chiuse; b) Ripete messaggi chiave del paziente.	a) Utilizza ascolto riflessivo, parafrasi e micro-interventi musicali per sostenere l'espressione emotiva.	a) Integra linguaggio verbale, gestuale e sonoro in tempo reale; b) Modula <i>turn taking</i> e usa silenzio clinico.	a) Modella intenzionalmente micro variazioni prosodiche per influenzare stati affettivi; b) Facilita interazioni triadiche (paziente - caregiver-MT).
Atteggiamenti	a) Mostra disponibilità all'ascolto pur mantenendo un focus autocentrato.	a) Adotta atteggiamento genuino ed empatico, rispettando i ritmi del paziente.	a) Mantiene una presenza consapevole; b) Privilegia processo su contenuto; c) Accoglie silenzi senza ansia.	a) Agisce con responsabilità etica interculturale; b) Promuove <i>empowerment comunicativo</i> del paziente e del sistema.

Cluster 2.2 Gestione di gruppi e dinamiche di comunità

Il potere della musica di creare connessioni si manifesta in modo particolarmente evidente nei contesti di gruppo e comunitari. Qui, il musicoterapeuta diventa un facilitatore di esperienze collettive, un catalizzatore di processi sociali attraverso il suono condiviso.

Facilitare un gruppo richiede competenze specifiche: saper riconoscere e valorizzare i ruoli emergenti, gestire le dinamiche interpersonali, creare un senso di appartenenza e sicurezza. Nell'approccio di Community Music Therapy, queste abilità si estendono oltre il setting clinico tradizionale per abbracciare dimensioni culturali, sociali e politiche più ampie.

Dal drum circle strutturato alla performance pubblica, dalla composizione collettiva alla facilitazione di dialoghi attraverso la musica, questo cluster esplora come trasformare l'esperienza musicale in un potente strumento di coesione sociale, partecipazione e cambiamento comunitario.

Dimensione	D Iniziale	C Base	B Intermedio	A Avanzato
Conoscenze	a) Conosce le <i>fasi di sviluppo gruppale (Tuckman)</i> b) Conosce il concetto di <i>holding</i> .	a) Descrive teorie di Yalom: - gli 11 fattori terapeutici e i loro effetti sul cambiamento - le 4 fasi di sviluppo di un gruppo terapeutico - i 3 compiti cardinali del conduttore nel qui ed ora; b) Conosce modelli di <i>Community Music Therapy</i> ; c) Conosce leadership musicale.	a) Analizza ruoli, sottogruppi, transfert multipli; b) Integra <i>field theory</i> e <i>sociometria</i> ; c) Conosce <i>metriche di coesione</i> .	a) Elabora protocolli di CMT basati su evidenze; b) Contribuisce a linee guida internazionali; c) Valuta impatto sociale a livello di <i>policy</i> .
Abilità	a) Facilita semplici <i>call and response</i> ; b) Gestisce turni di parola.	a) Conduce: - <i>drum-circle</i> strutturato, - improvvisazione guidata, - <i>debriefing</i> ; b) Regola intensità emotiva del gruppo.	a) Implementa interventi complessi: - songwriting collettivo, - performance pubblica; b) Negozia obiettivi condivisi; c) Gestisce conflitti sonoro-relazionali.	a) Progetta e supervisiona programmi CMT multilivello; b) Forma facilitatori; c) Valuta <i>outcome longitudinali</i> .
Atteggiamenti	a) Ricerca consenso immediato e approvazione estetica.	a) Favorisce inclusione; b) Riconosce diversità culturale; c) Accetta <i>feedback</i> .	a) Coltiva <i>leadership distribuita</i> ; a) Promuove <i>agency</i> partecipativa e cittadinanza attiva.	a) Agisce da catalizzatore di <i>empowerment</i> socio-culturale; b) Sostiene co-creazione di reti comunitarie.

Cluster 2.3 Cultural Humility, Diversity, Equity & Inclusion

Gli standard CBMT (2025, Domini III & V-B), la EMTC Training Standards (2023) e il position paper WFMT (2024) sottolineano che un intervento musicoterapico competente deve essere culturalmente sicuro e consapevole delle dinamiche di potere, privilegio e oppressione. Questo cluster traduce tali requisiti in conoscenze, abilità e atteggiamenti graduati.

Dimensione	D Iniziale	C Base	B Intermedio	A Avanzato
Conoscenze	a) Riconosce che gli utenti provengono da culture diverse. b) Sa che esistono pronomi e identità di genere differenti.	a) Descrive i concetti di: <i>-cultural humility, -bias implicito, -intersezionalità.</i> b) Conosce le linee guida AMTA e il Codice CBMT.	a) Analizza le dinamiche di potere nei setting clinici: <i>-razzismo strutturale, -abilismo, -cis-eteronormatività;</i> b) Conosce modelli di <i>culture-centered music therapy</i>	a) Valuta impatto di politiche istituzionali su accesso ai servizi MT; b) Conduce ricerche su pratiche MT decoloniali e anti-oppressive.
Abilità	a) Saluta l'utente rispettando nome e pronomi preferiti. b) Seleziona brani "culturalmente familiari" in modo preliminare.	a) Elicità le preferenze musicali del cliente in chiave culturale e spirituale. b) Utilizza terminologia inclusiva nei documenti.	a) Co-crea esperienze sonore che riflettono identità culturali e linguistiche dell'utente; b) Media conflitti culturali in gruppo; collabora con interpreti.	a) Progetta programmi MT per comunità emarginate; b) Valuta <i>cultural safety</i> con strumenti qualitativi; c) Forma colleghi in DEI; d) Scrive <i>grant</i> per progetti interculturali.
Atteggiamenti	a) "Color-blind"; b) Pensa che la musica sia universale.	a) Apertura e curiosità; b) Riconosce i propri <i>bias</i> e li porta in supervisione.	a) Riflessività continua; b) Privilegia prospettive dell'utente; c) Pratica umiltà culturale; d) <i>Advocacy</i> per equità di accesso.	a) Impegno attivo contro oppressioni; b) Alleanza con gruppi sottorappresentati; b) Leadership nella co-creazione di politiche inclusive.

Macro Area 3

ORGANIZZATIVA

Dietro ogni intervento musicoterapico efficace c'è un solido lavoro organizzativo che spesso rimane invisibile all'utente. La capacità di progettare, documentare e valutare in modo sistematico è ciò che trasforma un'esperienza musicale in un percorso terapeutico strutturato e riconoscibile anche da altri professionisti. Questa macro-area rappresenta il ponte tra la dimensione artistica e quella scientifica della musicoterapia, tra la creatività dell'improvvisazione e il rigore metodologico necessario in ambito sanitario ed educativo. Sviluppare queste competenze significa anche acquisire un linguaggio professionale che permette di dialogare con altre figure, giustificare le proprie scelte e misurare l'efficacia degli interventi.

Cluster 3.1 Progettazione, documentazione e valutazione di interventi

Il ciclo progettuale - dalla valutazione iniziale alla pianificazione, dall'implementazione alla verifica dei risultati - costituisce l'ossatura di ogni intervento professionale. Questo cluster esplora come strutturare percorsi musicoterapici basati su obiettivi chiari e misurabili, utilizzando strumenti di documentazione che rendano visibile il processo di cambiamento.

La progettazione non è un esercizio burocratico, ma uno strumento che dà direzione e significato al nostro lavoro. Una documentazione accurata non solo adempie a obblighi legali ed etici, ma costruisce la memoria storica del percorso e permette riflessioni approfondite sulla pratica.

Dalle semplici schede di presenza ai complessi sistemi di outcome measurement, dagli obiettivi SMART ai protocolli evidence-based, questo cluster esplora come bilanciare flessibilità e rigore metodologico per costruire interventi efficaci e tracciabili.

Vedi anche Cluster 8.2 per approfondire le fasi di Knowledge Translation nella progettazione evidence-based.

Dimensione	D Iniziale	C Base	B Intermedio	A Avanzato
Conoscenze	a) Conosce struttura base di un progetto: -obiettivi, -attività, -verifica.	a) Applica logica SMART; b) Conosce la classificazione ICF; c) Conosce modelli di <i>musical response curve</i> .	a) Integra modelli teorici (NMT, CMT) con metodi di valutazione qualitativa e quantitativa; b) Conosce metriche di esito clinico: -ROM, -GAS -PROMs/PREMs -WHOQOL	a) Conosce <i>Mixed Methods Design</i> ; b) Conosce il concetto di <i>validità ecologica</i> ; c) Conosce sistemi di <i>outcome management</i> ; d) Analizza dati con basi statistiche.
Abilità	a) Compila schede d'incontro e registri presenze.	a) Redige piani di intervento con obiettivi misurabili; b) Sceglie indicatori; c) Documenta con video/audio.	a) Conduce <i>assessment</i> multimodale; b) Elabora grafici di progressione; c) Redige report interdisciplinari.	a) Disegna studi di efficacia; b) Supervisiona raccolta dati multicentrica; c) Pubblica articoli <i>peer reviewed</i> ; d) Elabora <i>analisi costi benefici</i>
Atteggiamenti	a) Considera la documentazione un onere burocratico.	a) Riconosce valore etico-legale della tracciabilità; b) Ricerca chiarezza.	a) Assume mentalità di miglioramento continuo; b) Riflette criticamente su dati.	a) Promuove cultura di <i>accountability</i> e <i>open science</i> ; b) Incoraggia condivisione di <i>best practice</i> .

Macro Area 4

MUSICO STRUMENTALE

Gli strumenti musicali sono le nostre "protesi terapeutiche", estensioni delle nostre capacità espressive e relazionali. Questa macro-area esplora le competenze tecniche e musicali che permettono al musicoterapeuta di utilizzare strumenti e tecnologie come potenti mediatori della relazione terapeutica.

A differenza di un musicista che si concentra principalmente sulla qualità estetica, il musicoterapeuta utilizza le proprie competenze strumentali in modo funzionale: per creare connessioni, sostenere l'espressione emotiva, regolare stati arousal o facilitare l'emergere di risorse latenti. La tecnica è al servizio della relazione e non viceversa.

Cluster 4.1 Strumentario armonico-ritmico (chitarra, tastiere, percussioni)

La padronanza di strumenti armonici e ritmici rappresenta una risorsa fondamentale per ogni musicoterapeuta. Chitarra, tastiere e percussioni sono i "cavalli di battaglia" che permettono di creare rapidamente un ambiente sonoro accogliente e flessibile, adattabile alle esigenze del momento.

Questo cluster esplora non solo le competenze tecniche di base (accordi, ritmi, modulazioni), ma anche l'abilità di utilizzare questi strumenti in modo clinicamente intenzionale: adattando il tempo per sincronizzarsi con il respiro di un paziente ansioso, creando progressioni armoniche che sostengano l'espressione emotiva, o utilizzando texture sonore specifiche per favorire il rilassamento.

Il focus non è sulla virtuosità ma sulla versatilità clinica: saper accompagnare una canzone significativa, improvvisare in vari stili, adattare dinamiche e registri per incontrare le capacità attentive e percettive dell'utente.

Dimensione	D Iniziale	C Base	B Intermedio	A Avanzato
Conoscenze	a) Riconosce accordi maggiori in tonalità di Do e Sol. b) Sa leggere note su pentagramma in chiave di violino e di basso	a) Conosce accordi maggiori e minori in 6 tonalità (C, G, D, A, E, F); b) Organologia di base.	a) Comprende estensioni (7, sus, maj7); b) Conosce tecniche di <i>voicing</i> ; c) Possiede nozioni di acustica e psicoacustica.	a) Analizza timbro e registri per adattare lo strumento a bisogni clinici specifici; b) Padroneggia concetti di <i>spettro frequenziale terapeutico</i> .
Abilità	a) Suona pattern I IV V su chitarra con cambi lenti.	a) Accompagna brani a 3/4 e 4/4 con transizione fluida; b) Adatta tempo al paziente.	a) Improvvisa progressioni modali; b) Trasporta al volo fino a ± 3 semi-toni.	a) Integra strumenti acustici ed elettronici; b) Crea arrangiamenti <i>multilayer</i> con <i>loop station</i> .
Atteggiamenti	a) Utilizza lo strumento come mezzo di aggancio; b) Segue spartito rigidamente.	a) Mostra flessibilità dinamica; b) Rispetta le preferenze dell'utente.	a) Modula il proprio contributo per sostenere l'autoefficacia del paziente.	a) Prioritizza il processo terapeutico; b) Promuove appropriazione sonora del paziente.

Cluster 4.2 Tecnologia e strumenti digitali (hardware, software, AI, tele MT)

La rivoluzione digitale ha trasformato profondamente anche la musicoterapia, aprendo nuove possibilità e sfide. La tecnologia offre strumenti potenti che possono rendere la musica accessibile anche a chi ha gravi limitazioni motorie. Questo cluster esplora come integrare strumenti tecnologici nel setting musicoterapico in modo etico ed efficace, bilanciando innovazione e attenzione alla relazione umana.

Per l'integrazione tecnologica nell'adattamento clinico vedi Cluster 7.2

Dimensione	D Iniziale	C Base	B Intermedio	A Avanzato
Conoscenze	a) Conosce funzioni base di riproduttori audio, microfoni USB e app metronomo.	a) Descrive principi di registrazione digitale; b) Conosce formati audio <i>lossless</i> e <i>compressed</i> ; c) Padroneggia protocollo MIDI; d) Conosce un DAW (es. GarageBand Audacity); e) Conosce nozioni di accessibilità tecnologica.	a) Analizza: -flussi di lavoro multitraccia, - <i>plugin FX</i> , -loop based production, -sincronizzazione MIDI / OSC; b) Conosce protocolli di <i>tele-music therapy</i> e sicurezza dei dati: -GDPR -HIPAA.	a) Valuta criticamente tecnologie emergenti: - VR/AR, - AI generativa, - BCI; b) Progetta e realizza <i>workflow</i> personalizzati con <i>controller adattivi</i> ; c) Contribuisce a linee guida etiche sull'uso della tecnologia in MT.
Abilità	a) Riproduce tracce, regola volumi, registra voce/strumento in mono; b) Crea playlist terapeutica.	a) Registra sessioni multi take, edita basi, esporta in vari formati; b) Utilizza <i>loop station</i> per sostegno ritmico; c) Personalizza <i>preset</i> di app terapeutiche.	a) Produce <i>backing tracks</i> e <i>soundscapes</i> terapeutici; b) Gestisce <i>live looping multilayer</i> ; c) Integra controller MIDI/sensoriali in tempo reale; d) Conduce sessioni di <i>tele-MT</i> minimizzando latenza.	a) Progetta interfacce musicali accessibili -eye tracking, -switch; b) Sviluppa <i>-patch</i> generative in Max/MSP, PureData <i>-script</i> in Python per generative music; c) Supervisiona progetti di ricerca azione tecnologica.
Atteggiamenti	a) Curioso ma dipendente da istruzioni; b) Percepisce la tecnologia come accessoria.	a) Considera la tecnologia come strumento al servizio della relazione; b) Rispetta licenze e norme privacy.	a) Mostra pensiero critico su rischi/benefici; b) Privilegia usabilità e inclusività; c) Promuove alfabetizzazione digitale del paziente.	a) Agisce da innovatore responsabile; b) Valuta impatto etico-sociale; c) Privilegia <i>client-centered design</i> ; d) Condivide risorse <i>open source</i> .

Macro Area 5

VOCE

La voce è il nostro strumento primario, quello che portiamo sempre con noi. È anche il più intimo e personale, profondamente connesso alla nostra identità e al nostro mondo emotivo. In musicoterapia, la voce diventa un potente strumento di relazione, comunicazione e trasformazione.

Questa macro-area esplora le competenze relative all'uso consapevole e terapeutico della voce: dalla tecnica vocale di base alla vocalità espressiva, dall'uso della prosodia alla conduzione di esperienze di improvvisazione vocale. Non si tratta di formare cantanti professionisti, ma professionisti che sanno utilizzare la propria voce come strumento terapeutico flessibile e personalizzato.

Cluster 5.1 Tecnica vocale funzionale

Una voce sana, flessibile e resistente rappresenta uno strumento fondamentale nel lavoro musicoterapico quotidiano. Questo cluster esplora le competenze tecniche necessarie per utilizzare la propria voce in modo efficace e sostenibile: dalla respirazione al sostegno, dalla risonanza alla protezione della salute vocale.

Non si tratta di raggiungere standard estetici predefiniti, ma di sviluppare una voce funzionale al lavoro terapeutico: chiara, espressiva, capace di adattarsi a diverse situazioni e resistente all'uso prolungato. Particolare attenzione viene data alla prevenzione di patologie vocali, problema frequente tra i professionisti della relazione d'aiuto.

Il musicoterapeuta deve conoscere i propri limiti vocali, prendersi cura del proprio strumento e saper modulare timbro, intensità e colore vocale per rispondere alle diverse esigenze cliniche, senza imporre modelli estetici culturalmente specifici.

Dimensione	D Iniziale	C Base	B Intermedio	A Avanzato
Conoscenze	a) Conosce concetti di estensione, respirazione costo-diaframmatica di base.	a) Descrive: -anatomia della laringe, -igiene vocale, -registri principali (petto, testa, falsetto).	a) Analizza: -meccanismi di risonanza, -formanti vocali, -efficienza pneumo-fonatoria; b) Conosce patologie vocali comuni e principi di prevenzione.	a) Integra conoscenze di -vocologia clinica, -EGG -spettrografia vocale per valutazione avanzata; b) Comprende modelli neurofisiologici del canto.
Abilità	a) Intona scala maggiore entro 1 ottava; b) Mantiene postura neutra; c) Esegue respirazione 4-4-4.	a) Esegue -vocalizzi su 1,5 ottave, -controlla sostegno, -applica consonanti facilitanti; b) Gestisce passaggi di registro.	a) Modula dinamiche (pp-ff) con controllo timbrico; b) Esegue agilità melismatica; c) Utilizza vibrato e portamento intenzionali.	a) Adatta placement e colore per differenti stili (<i>belting</i> , lirico, folk); b) Esegue esercizi SOVT; c) Dimostra automonitoraggio somatosensoriale fine.
Atteggiamenti	a) Ansia da prestazione; b) Focalizzato sull'accuratezza.	a) Cura la salute vocale -idratazione, -pausa; b) Accetta la propria voce come strumento terapeutico.	a) Valorizza flessibilità timbrica per incontrare bisogni dell'utenza; b) Riflette su <i>bias</i> estetici personali.	a) Promuove cultura di <i>self care vocale</i> nei team; b) Utilizza la voce con intenzionalità etica, evitando imposizione stilistica.

Cluster 5.2 Uso espressivo e terapeutico della voce (canto, improvvisazione, prosodia)

Oltre alla tecnica, l'uso terapeutico della voce richiede competenze espressive specifiche. Questo cluster esplora come utilizzare la voce per stabilire connessioni, facilitare l'espressione emotiva e regolare stati fisiologici attraverso il canto condiviso, l'improvvisazione vocale e l'uso consapevole della prosodia. La voce offre infinite possibilità terapeutiche. Particolare attenzione viene data all'uso della prosodia affettiva: quelle micro-variazioni di ritmo, intonazione e timbro che comunicano stati emotivi e intenzionalità relazionale. Il musicoterapeuta vocalmente competente sa quando e come utilizzare la propria voce, ma anche quando tacere per lasciare spazio all'espressione vocale dell'utente, creando un ambiente non giudicante che favorisce l'esplorazione vocale e l'emergere di nuove possibilità espressive.

Le competenze vocali descritte in questo cluster si intrecciano con la comunicazione descritta nel Cluster 2.1.

Dimensione	D Iniziale	C Base	B Intermedio	A Avanzato
Conoscenze	a) Conosce concetto e il ruolo di una ninnananna e della "canzone del cuore".	a) Descrive <i>iso principle</i> ; b) Conosce Teoria della <i>prosodia affettiva</i> ; c) Conosce funzioni del canto condiviso.	a) Analizza tecniche di -IVP -toning; -circle singing; d) Conosce evidenze neuroscientifiche su sincronizzazione cardio-respiratoria.	a) Elabora modelli di intervento vocale basati su NMT: -OMREX, -VIT; b) Chant-intonation; c) Speech entrainment; d) Pubblica su voice-based MT.
Abilità	a) Canta melodia semplice in intonazione relativa; b) <i>Lyrics tracking</i>	a) Conduce canzone preferita del paziente; b) Modifica tonalità; c) Adatta andamento; d) Esegue <i>call and response</i> vocale.	a) Improvisa linee melodiche modali o pentatoniche su un <i>pedale/bordone</i> b) Guida: -vocal holding, -chanting; c) Modula prosodia per co-regolare stati <i>arousal</i> .	a) Crea paesaggi vocali polifonici live; b) Integra <i>overtone singing</i> e <i>beatbox</i> a scopo clinico; c) Facilita <i>songwriting</i> improvvisato in tempo reale; d) Documenta parametri prosodici per ricerca.
Atteggiamenti	a) Oriented al risultato estetico; b) Timore di stonare.	a) Favorisce espansione espressiva del paziente; b) Sostiene clima non giudicante.	a) Prioritizza processualità; b) Valorizza errori come risorse creative; c) È disposto a vulnerabilità condivisa.	a) Utilizza voce come mezzo di <i>empowerment</i> ; b) Rispetta identità culturale e di genere vocale; c) Promuove <i>agency</i> canora della comunità.

Macro Area 6

CORPO E MOVIMENTO

La musicoterapia è un'esperienza profondamente incarnata. Il corpo non è solo il contenitore dell'esperienza musicale, ma il luogo primario dove essa si manifesta e produce effetti. Questa macro-area esplora come il corpo e il movimento diventano parte integrante dell'esperienza musicoterapica, tanto per l'utente quanto per il terapeuta.

Le neuroscienze contemporanee confermano ciò che la pratica clinica aveva già evidenziato: mente e corpo sono un sistema integrato, e il movimento è fondamentale per la cognizione, l'emozione e la relazione. In musicoterapia, il corpo diventa sia strumento sonoro che canale di espressione e integrazione, sia via di accesso a memorie implicite che mezzo di trasformazione.

Cluster 6.1 Corpo come strumento sonoro e di autoregolazione

Il corpo è il nostro primo strumento musicale. Questo cluster esplora come utilizzare il corpo per creare suoni, percepire ritmi e vibrazioni, e facilitare esperienze di autoregolazione attraverso la sincronizzazione di respiro, movimento e suono.

Dalla semplice pulsazione condivisa battendo le mani, alle complesse sequenze ritmiche corporee, l'uso del corpo come strumento offre possibilità accessibili anche a chi non ha familiarità con strumenti musicali convenzionali.

L'uso espressivo della voce è profondamente legato all'embodiment: vedi anche Cluster 5.2.

Dimensione	D Iniziale	C Base	B Intermedio	A Avanzato
Conoscenze	a) Riconosce parti del corpo coinvolte in battiti di mani e piedi.	a) Conosce pattern base di <i>body percussion</i> -battito di mani -schiocco delle dita, -battito del piede a terra; b) Conosce concetto di respiro come risorsa ritmica.	a) Comprende principi di -propriocezione, -kinesthetic -empatia, -modulazione tonico-posturale; b) Conosce basi di <i>drum circle</i> utilizzando la <i>body percussion</i> come strumento; c) Conosce elementi di <i>Nada yoga</i> .	a) Approfondisce teorie di - <i>embodied cognition</i> , - <i>neurofisiologia interocettiva</i> , -teoria polivagale; b) Conosce letteratura su <i>co-regolazione corporeo-musicale</i> .
Abilità	a) Esegue battito di mani in tempo binario; b) Coordina battito di mani con conteggio verbale.	a) Facilita esercizi di <i>body-scan sonoro</i> ; b) Integra respiro guidato.	a) Improvvisa sequenze poliritmiche corpo-voce, b) Utilizza <i>tapping bilaterale</i> per regolazione emotiva; c) Guida esercizi di <i>grounding</i> dinamico.	a) Cocrea paesaggi corporei multisensoriali; b) Integra tecniche di - <i>Laban/Bartenieff</i> , - <i>Feldenkrais</i> ; c) Documenta parametri fisiologici (<i>HRV, GSR</i>) in ricerca clinica.
Atteggiamenti	a) Timidezza nell'uso del corpo; b) È preoccupato dell'immagine.	a) Favorisce accettazione corporea; b) Crea clima non giudicante; c) Rispetta comfort fisico del paziente.	a) Considera il corpo come spazio di relazione; b) Promuove <i>mindful movement</i> ; c) Riconosce differenze di abilità motoria.	a) Adotta prospettiva inclusiva e anticapacitista; b) Promuove <i>agency</i> corporea della comunità; b) Valuta impatto somatico-psicologico a lungo termine.

Cluster 6.2 Movimento terapeutico e integrazione psicomotoria (RAS, DMT, gait training)

La musica invita naturalmente al movimento. Questo cluster esplora come integrare movimento intenzionale nel setting musicoterapico, con particolare attenzione alle tecniche basate sull'entrainment ritmico come la Rhythmic Auditory Stimulation (RAS) e alle connessioni con la danzaterapia.

Dal semplice marciare a tempo di tamburello al complesso gait training per persone con Parkinson, l'integrazione di musica e movimento offre potenti strumenti riabilitativi supportati da solide evidenze neuroscientifiche. Il musicoterapeuta esperto in quest'area sa collaborare con fisioterapisti e terapisti occupazionali.

Vedi anche Cluster 4.1 per approfondimenti su accompagnamento ritmico funzionale nel gait training.

Dimensione	D Iniziale	C Base	B Intermedio	A Avanzato
Conoscenze	a) Conosce differenza tra movimento libero e coreografato.	a) Descrive basi di -RAS -dance-play; b) Nozioni di lateralità e schema corporeo.	a) Analizza modelli di Danzaterapia -Laban, -Movimento Autentico, b) <i>Gait entrainment</i> -sincronizzazione senso-motorio; b) Conosce parametri spaziotemporali del passo.	a) Approfondisce -letteratura NMT (RAS, TIMP, PSE), -neuroscienze del movimento, -plasticità corticospinale; b) Conosce linee guida riabilitative (es. morbo di Parkinson, ictus).
Abilità	a) Conduce marcia semplice su tempo di tamburello; b) Guida stretching di apertura.	a) Regola <i>bpm</i> musicale per allenare cadenza passo; b) Utilizza oggetti <i>props</i> per pattern motori; c) Facilita <i>mirror movement</i> .	a) Progetta sessioni multi-fase con cue audiovisivi; b) Adatta RAS a valori spazio temporali individuali; c) Integra peso, flusso e spazio in improvvisazione danzata.	a) Collabora con fisioterapisti; b) Valuta outcome: - <i>gait velocity</i> , - <i>gait symmetry</i> ; c) Forma team su sicurezza trasferimenti.
Atteggiamenti	a) Vede il movimento come appendice ludica.	a) Riconosce movimento come dominio terapeutico; b) Garantisce sicurezza posturale.	a) Promuove empowerment motorio; b) Rispetta limiti clinici; c) Riflette su dimensione culturale del gesto.	a) Sostiene approccio interdisciplinare; b) Difende diritto al movimento espressivo per tutte le abilità; c) Considera sostenibilità energetica del terapeuta.

Macro Area 7

CLINICO TERAPEUTICA

Il cuore dell'identità professionale del musicoterapeuta risiede nella sua competenza clinico-terapeutica: la capacità di valutare, pianificare e implementare interventi appropriati, personalizzati ed efficaci. Questa macro-area esplora le competenze che trasformano un musicista in un professionista della salute e dell'educazione, capace di utilizzare la musica con intenzionalità terapeutica.

La pratica clinica in musicoterapia richiede una solida integrazione di conoscenze musicali, psicologiche, neurologiche e relazionali, unite a una profonda comprensione dei meccanismi di cambiamento attivati dall'esperienza musicale. Questi fondamenti teorici e pratici guidano ogni fase del processo terapeutico, dall'assessment iniziale alla conclusione.

Cluster 7.1 Assessment e pianificazione del trattamento

Prima di ogni intervento, è essenziale comprendere chi abbiamo davanti, quali sono i suoi bisogni e quali risorse possiamo attivare. Questo cluster esplora i modelli e gli strumenti di assessment musicoterapico che permettono di costruire un quadro completo dell'utente, oltre la diagnosi medica o psicologica. Dalla raccolta dell'anamnesi musicale all'osservazione delle risposte al suono, dalla valutazione della comunicazione non verbale all'uso di scale standardizzate, l'assessment musicoterapico offre una prospettiva unica e complementare ad altre valutazioni cliniche. Da questa base nasce la pianificazione: la definizione di obiettivi misurabili e la scelta di strategie appropriate per raggiungerli.

Per la documentazione delle fasi valutative, vedi Cluster 3.1.

Dimensione	D Iniziale	C Base	B Intermedio	A Avanzato
Conoscenze	a) Distingue tra osservazione informale e <i>screening</i> ; b) Conosce concetto di anamnesi.	a) Descrive modelli base di <i>assessment</i> MT - musicale, - motorio, - cognitivo, - socio-emotivo; b) Conosce categorie ICF.	a) Conosce strumenti standardizzati: - MATADOC, - MTA-L, - ecc; b) Conosce principi di -affidabilità -validità -analisi dei bisogni; c) Comprende concetto di diagnosi differenziale.	a) Elabora protocolli di valutazione complessi integrando -misure psicometriche, -biosegnali, -narrative inquiry; b) Applica -parametri clinimetrici -linee guida evidence-based.
Abilità	a) Raccoglie preferenze musicali; b) Annota comportamenti evidenti.	a) Conduce <i>baseline</i> osservativa; b) Compila schede strutturate; c) Redige obiettivi SMART essenziali.	a) Amministra e interpreta test standardizzati; b) Formula obiettivi a breve/medio termine collegati a domini funzionali; c) Coinvolge famiglia e team.	a) Progetta <i>disegni di ricerca longitudinali</i> ; b) Triangola fonti: -clinico, -caregiver, -self-report, -dati fisiologici); c) Aggiorna piano in modo dinamico; d) Supervisiona tirocinanti.
Atteggiamenti	a) Vede l' <i>assessment</i> come formalità iniziale.	a) Riconosce il valore prognostico; b) Ricerca chiarezza e completezza.	a) Adotta postura collaborativa, riflessiva; b) Accoglie <i>feedback</i> interdisciplinare.	a) Impronta il processo a umiltà culturale ed <i>equity</i> ; b) Promuove mentalità di ricerca continua e condivisione di dati eticamente gestiti.

Cluster 7.2 Erogazione dell'intervento e adattamento clinico

Il momento della sessione rappresenta il culmine di un lungo processo di preparazione. Questo cluster esplora come condurre interventi musicoterapici efficaci, etici e personalizzati, adattandosi in tempo reale ai feedback dell'utente.

Dal setting alla struttura della sessione, dalla scelta degli strumenti all'integrazione di diverse tecniche, l'implementazione richiede una continua oscillazione tra pianificazione e improvvisazione. Il musicoterapeuta esperto sa come bilanciare struttura e flessibilità, come modulare la propria presenza terapeutica e come navigare momenti di difficoltà o resistenza.

Particolare attenzione viene data all'integrazione di diversi approcci teorici (dalle categorie di Bruscia alle tecniche di Neurologic Music Therapy) e alla gestione del rischio clinico, soprattutto in contesti complessi come il trauma e la salute mentale acuta, dove la musica può attivare risposte intense che necessitano di contenimento sicuro.

Dimensione	D Iniziale	C Base	B Intermedio	A Avanzato
Conoscenze	a) È a conoscenza di almeno un metodo MT (es. canto di canzoni).	a) Descrive quattro categorie Bruscia -recreative, -receptive, -improvisational, -compositional; b) Conosce elementi di <i>setting</i> e <i>boundaries</i> .	a) Collega tecniche specifiche (NMT, GIM, CMT) a meccanismi di cambiamento neuro-psico-sociali; b) Conosce <i>clinical risk management</i> e nozioni <i>trauma-informed</i> .	a) Integra teorie transdisciplinari: -polivagale, -sensori-motorie, -trauma-informed care per modellare interventi complessi; b) Aggiorna prassi su ricerche emergenti.
Abilità	a) Conduce sessione semplice con: - <i>warm-up</i> , - attività principale, - chiusura; b) Rispetta <i>timing</i> .	a) Applica tecniche scelte: - songwriting, - drumming, - rilassamento musicale - ecc.; b) Mantiene alleanza; c) Monitora risposta di base.	a) Adatta in tempo reale tempo, tonalità, intensità, strumenti in funzione di segnali clinici; b) Documenta gli esiti di seduta; c) Usa <i>rating scale</i> post sessione.	a) Gestisce -transizioni improvise, - <i>de-escalation</i> , -coregolazione multisens; b) Combina approcci (RAS+songwriting, impro+mindfulness); c) Supervisiona team e garantisce sicurezza.
Atteggiamenti	a) Orientato al prodotto musicale; b) Teme errori.	a) Orientato al processo; b) Flessibile; c) Mantiene confini terapeutici.	a) <i>Client-centered</i> , tollera ambiguità; b) Riflette su contesto socioculturale; c) Accetta <i>feedback</i> .	a) Critico e auto-riflessivo; promuove <i>agency</i> del paziente, b) Sensibilità intersezionale; c) Agisce con responsabilità etica e supervisione reciproca.

Cluster 7.3 Integrazione Interdisciplinare & Case-Management

La competenza di Integrazione Interdisciplinare & Case-Management colloca l'intervento musicoterapico all'interno di un continuum assistenziale che va dal referral alla dimissione, assicurando coerenza fra obiettivi sonoro-riabilitativi e piani di cura multiprofessionali.

Alla luce di tali riferimenti, il Cluster 7.3 codifica: Conoscenze normative e organizzative (*Integrated Care*, *discharge planning*, *KPI di continuità*); Abilità di leadership collegiale (*case-conference*, *cartella clinica condivisa*, *transizione setting*); Atteggiamenti di *advocacy* e equità, indispensabili per garantire valore clinico misurabile e sostenibilità del servizio.

Questa sezione completa il ciclo clinico delineato nei Cluster 7.1 e 7.2, offrendo al musicoterapeuta criteri operativi per trasformare l'intervento sonoro in dispositivo sistemico e coerente con gli standard CBMT/EMTC più recenti.

Dimensione	D Iniziale	C Base	B Intermedio	A Avanzato
Conoscenze	a) Sa che il percorso MT si inserisce in un piano di cura multiprofessionale b) Conosce ruoli basilari di -psicologo, -fisioterapista, -logopedista.	a) Descrive modelli di teamwork (multidisciplinare vs interdisciplinare). b) Conosce linee guida di <i>referral</i> e codici di condotta <i>inter-agency</i>	a) Analizza reti di cura complesse usando strumenti di <i>case-mapping</i> e <i>ICF-linkage</i> . b) Conosce processi di <i>discharge-planning</i> , transizione servizi-territorio e criteri di continuità assistenziale	a) Integra framework di <i>Integrated Care</i> e modelli di VBHC nella progettazione MT. b) Contribuisce a protocolli clinico-assistenziali aziendali e linee guida nazionali.
Abilità	a) Partecipa a colloqui équipe come uditore. b) Condivide sinteticamente dati osservativi.	a) Redige note cliniche compatibili con la cartella condivisa (SOAP/ICF). b) Formula richieste di consulenza mirate (es. OT per ausili musicali).	a) Coordina meeting di caso; b) Negozia obiettivi SMART interdisciplinari integrando obiettivi MT con PT/SLT. c) Gestisce transizione setting (ospedale → territorio) predisponendo kit musicali domiciliari.	a) Conduce <i>case-conference</i> ad alta complessità clinica; b) Facilita decision-making condiviso con metodi deliberativi (es. <i>shared-goal model</i>). c) Monitora KPI di continuità (aderenza, drop-out, QoL) e guida audit di percorso.
Atteggiamenti	a) Vede l'équipe come fonte di direttive da seguire.	a) Mostra apertura alla reciprocità di competenze; b) Rispetta confini di ruolo.	a) Opera in modo collaborativo, valorizzando il contributo di tutti i membri del team; b) Promuove linguaggio comune, evita gerarchizzazioni disciplina-centriche.	a) Svolge funzione di <i>advocate</i> del paziente/famiglia; b) Difende equità di accesso; c) Modella cultura di collaborazione interprofessionale basata su evidenze.

Macro Area 8

RICERCA E EVIDENCE-BASED PRACTICE

La musicoterapia contemporanea si sviluppa all'intersezione tra arte, scienza e pratica clinica. Questa macro-area esplora le competenze necessarie per integrare la migliore evidenza di ricerca nella pratica quotidiana e contribuire attivamente allo sviluppo delle conoscenze nella disciplina.

L'approccio evidence-based non significa applicare meccanicamente protocolli standardizzati, ma integrare criticamente tre elementi: le migliori evidenze disponibili, l'expertise clinica del terapeuta e le preferenze/necessità dell'utente. Sviluppare queste competenze significa diventare professionisti riflessivi, capaci di giustificare le proprie scelte, valutare l'efficacia dei propri interventi e comunicare i risultati alla comunità professionale e scientifica.

Cluster 8.1 Metodologia di ricerca e analisi critica

La capacità di comprendere, valutare e applicare la ricerca scientifica è fondamentale per una pratica aggiornata. Questo cluster esplora i principi della metodologia di ricerca in musicoterapia, dall'alfabetizzazione scientifica di base alla progettazione di studi complessi.

Dalla distinzione tra correlazione e causalità alla valutazione della validità di uno studio, dalla comprensione dei concetti statistici fondamentali all'analisi qualitativa, queste competenze permettono al musicoterapeuta di navigare criticamente la letteratura scientifica, evitando sia l'accettazione acritica che il rifiuto pregiudiziale. Non tutti diventeranno ricercatori a tempo pieno, ma tutti possono contribuire alla costruzione di una cultura professionale basata sul dato e sulla riflessione sistematica.

Dimensione	D Iniziale	C Base	B Intermedio	A Avanzato
Conoscenze	a) Conosce distinzione fra aneddoto e dato; b) Familiarità con struttura <i>IMRaD</i> .	a) Descrive metodi quantitativi di base: -pre-post, -gruppo controllo; e qualitativi: -intervista, -osservazione; b) Principi di etica della ricerca (consenso informato).	a) Comprende disegni: - <i>RCT</i> , - <i>mixed-methods</i> , - linee guida <i>CONSORT</i> / <i>TIDieR</i> ; b) Ha concetti di - <i>power analysis</i> , - <i>SEM</i> , - <i>effect size</i> ; c) Possiede basi di epistemologia critica.	a) Approfondisce metodi complessi - <i>network meta analysis</i> , - <i>RCT cluster</i> , - <i>N-of-1</i> , - <i>realist evaluation</i> ; b) Discute ontologie multiple e rigore transdisciplinare; c) Conosce: - <i>open-science</i> , - <i>pre registration</i> - <i>FAIR data</i> .
Abilità	a) Legge abstract, identifica scopo e risultati principali.	a) Cerca articoli su database: -PubMed, -Scopus; b) Valuta qualità con checklist <i>CASP</i> ; c) Calcola statistiche descrittive in foglio di calcolo.	a) Conduce analisi statistica -ANOVA, -regressione o codifica tematica <i>NVivo</i> ; b) Scrive protocollo etico; c) Raccoglie dati in modo sistematico.	a) Progetta e dirige studi multicentrici; b) Utilizza software R/Python per modellazione; b) Pubblica <i>systematic review</i> , c) Fornisce <i>peer-review</i> ; d) Forma colleghi su <i>critical appraisal</i> .
Atteggiamenti	a) Assume che l'esperienza personale sia sufficiente; b) Prova diffidenza verso la statistica.	a) Mostra curiosità; b) Riconosce limiti di casi singoli; b) Consulta fonti attendibili.	a) Mantiene scetticismo costruttivo; b) Valuta conflitti d'interesse; b) Promuove una cultura del dato.	a) Impronta la pratica a miglioramento continuo; b) Condivide <i>dataset</i> anonimizzati; c) Sostiene replicabilità e trasparenza.

Cluster 8.2 Trasferimento delle conoscenze e divulgazione clinica

Le migliori evidenze e pratiche hanno impatto limitato se rimangono confinate nei journal scientifici. Questo cluster esplora come comunicare efficacemente risultati e conoscenze a diversi pubblici: colleghi, altri professionisti, decisori politici, potenziali utenti e comunità.

Dalla presentazione di casi clinici alla preparazione di poster scientifici, dalla scrittura di abstract alla conduzione di workshop formativi, la divulgazione richiede competenze comunicative specifiche e la capacità di adattare linguaggio e contenuti al contesto e al pubblico di riferimento.

Il musicoterapeuta competente in knowledge translation sa come rendere accessibili concetti complessi senza banalizzarli, come utilizzare diversi canali media per raggiungere pubblici diversi, e come facilitare l'applicazione pratica delle evidenze teoriche nei contesti reali.

Dimensione	D Iniziale	C Base	B Intermedio	A Avanzato
Conoscenze	a) Conosce differenza fra presentazione orale e poster.	a) Descrive: - ciclo di knowledge translation (KT), - modelli PICO, - strategie di sintesi clinica.	a) Comprende concetti di: - <i>implementation science</i> , - <i>stakeholder engagement</i> , - <i>dissemination vs implementation</i> ; b) Conosce metriche di impatto: - <i>Altmetric</i> , - <i>H-index</i> .	a) Conosce -teoria del cambiamento, -policy briefing, -co-design con utenti; b) Padroneggia: -open-access, -licenze CC-BY, -divulgazione multilingue.
Abilità	a) Presenta caso clinico in equipe; b) Condivide articolo via e-mail.	a) Prepara poster scientifico; b) Scrive abstract 250 parole; c) Usa <i>tool reference management</i> : -Zotero -Mendeley -EndNote ecc	a) Conduce workshop formativo evidence-based; b) Produce materiale divulgativo -infografica, -video 3 min; c) Adatta contenuti per pubblico non tecnico.	a) Coordina sviluppo linee guida <i>practice-based guidelines</i> ; b) Produce podcast; c) Elabora piani KT per organizzazioni; d) Misura <i>uptake</i> e cambiamento di pratica.
Atteggiamenti	a) Condivide solo con cerchia ristretta; b) Ha timore della critica.	a) Mostra apertura al feedback; b) Attribuisce correttamente le fonti.	a) Adotta linguaggio inclusivo; b) Considera accessibilità (<i>universal design</i>); c) Riflette su pubblico target.	a) Promuove democratizzazione del sapere, b) Pratica <i>citizen-science</i> ; c) Sostiene equità linguistica e culturale nelle pubblicazioni.

Cluster 8.3 Valutazione economica, sostenibilità e advocacy

Questo cluster esplora le competenze economico-gestionali necessarie per garantire continuità e accessibilità agli interventi, dalla micro-economia del singolo progetto alle valutazioni di impatto sistemico.

Dal calcolo dei costi diretti e indiretti alla preparazione di budget preventivi, dall'analisi costo-beneficio alla comprensione dei sistemi di rimborso sanitario, queste competenze permettono di costruire servizi sostenibili e di comunicarne il valore economico oltre che clinico.

Particolare attenzione viene data all'advocacy basata sull'evidenza: la capacità di utilizzare dati scientifici ed economici per promuovere politiche che favoriscano l'accesso alla musicoterapia come diritto.

Per una prospettiva intersezionale sull'advocacy, vedi anche Cluster 2.3

Dimensione	D Iniziale	C Base	B Intermedio	A Avanzato
Conoscenze	a) Conosce concetto di budget e tariffa oraria.	a) Descrive differenza fra costi diretti e indiretti; b) Ha basi di cost-benefit; b) familiarità con -DRG -livelli essenziali di assistenza (LEA).	a) Comprende metodi di valutazione economica sanitaria -CEA, -CUA, -ROI; b) Ha familiarità con: - principi di HTA, - modelli di business plan per servizi MT; c) Conosce normative di rimborso e fondi pubblici/privati.	a) Analizza studi di cost-effectiveness comparativi; b) Conosce: - SROI, - ESG.
Abilità	a) Stima materiali e tempo per preventivo base; b) Registra spese di progetto.	a) Elabora semplice foglio costi-ricavi; b) Calcola break-even point; c) Redige report economico per committenza.	a) Conduce micro-costing; b) Compila dossier HTA light; c) Prepara: -dossier di grant -crowdfunding; d) presenta dati economici a stakeholder.	a) Modella scenari economici complessi; b) Realizza BIA per policy maker; c) Guida campagne advocacy basate su evidenze economiche; d) Negozia contratti con enti sanitari.
Atteggiamenti	a) Considera l'economia come tema separato da tutto ciò che è clinico.	a) Riconosce importanza di sostenibilità finanziaria, trasparenza sui costi.	a) Integra visione economica con valori etici e outcome clinici; b) Promuove giustizia distributiva.	a) Agisce come change-agent per politiche sanitarie e culturali; b) Sostiene accesso equo ai servizi, valuta trade-off etico-economici con approccio partecipativo.

Macro Area 9

ETICA E DEONTOLOGIA

L'etica professionale non è un insieme di regole astratte, ma il fondamento di ogni relazione terapeutica autentica e sicura. Questa macro-area esplora i principi etici, le norme deontologiche e le responsabilità legali che guidano la pratica della musicoterapia in tutti i suoi contesti applicativi.

La natura intima e potente dell'esperienza musicale, unita alla vulnerabilità di molte delle persone con cui lavoriamo, rende particolarmente importante sviluppare una solida competenza etica, capace di orientare le scelte professionali anche in situazioni complesse o ambigue. Non si tratta di seguire meccanicamente regole imposte dall'esterno, ma di interiorizzare principi che tutelano la dignità e i diritti di tutte le persone coinvolte.

Cluster 9.1 Principi etici fondamentali e relazioni professionali

Al centro di ogni codice deontologico ci sono principi etici fondamentali che guidano la relazione professionale. Questo cluster esplora come applicare i principi di beneficenza, non-maleficenza, autonomia e giustizia nelle specifiche situazioni della pratica musicoterapica. Dal consenso informato alla riservatezza, dai confini professionali alla gestione delle dual relationship, dalle considerazioni interculturali ai dilemmi etici emergenti con le nuove tecnologie, queste competenze permettono di navigare le complessità relazionali mantenendo sempre al centro il benessere e la dignità dell'utente. Il musicoterapeuta eticamente competente sa riconoscere i propri bias, riflettere criticamente sulle proprie azioni, cercare supervisione in situazioni complesse e contribuire attivamente alla cultura etica della professione attraverso la formazione e l'esempio.

Dimensione	D Iniziale	C Base	B Intermedio	A Avanzato
Conoscenze	a) Conosce concetti base su riservatezza, e consenso.	a) Descrive i quattro principi bioetici: - beneficenza, - non-maleficenza, - autonomia, - giustizia; b) Conosce codici deontologici MT nazionali e internazionali.	a) Analizza dilemmi complessi: - <i>dual relationship</i> , -confini, - <i>self-disclosure</i> ; b) conosce normativa privacy -GDPR c) Conosce diritti IP nelle registrazioni.	a) Approfondisce: -etica interculturale, -giustizia sociale, -DEI; b) Conosce <i>framework etico decision-making</i> ; c) Co-sviluppa linee guida deontologiche.
Abilità	a) Raccoglie consenso informato standard; b) Mantiene confidenzialità di base.	a) Redige moduli consenso adattati a età/capacità; b) Gestisce dati sicuri; c) Comunica confini professionali chiari.	a) Conduce analisi etica strutturata - <i>modello Kitchenner</i> -EDMF; b) Gestisce dilemmi in supervisione; c) Implementa piani di protezione dati audiovisivi.	a) Facilita discussione etica con team multidisciplinare; b) Funge da consulente etico; c) Progetta training DEI e <i>cultural safety</i> ; d) Influenza <i>policy</i> professionali.
Atteggiamenti	a) Agisce principalmente secondo regole imposte.	a) Interiorizza principi etici, dimostra onestà e rispetto.	a) Riflette criticamente sui propri <i>bias</i> ; b) Pratica umiltà culturale; c) Cerca supervisione.	a) Assume leadership etica; b) Promuove equità e inclusione; c) Sostiene responsabilità sociale della professione.

Cluster 9.2 Legislazione, norme e responsabilità professionale

Oltre ai principi etici, la pratica professionale è regolata da norme legali che è essenziale conoscere e rispettare. Questo cluster esplora gli aspetti legislativi e normativi rilevanti per la musicoterapia, dalla responsabilità civile alla proprietà intellettuale, dai requisiti di accreditamento alla sicurezza dei dati.

Dalla comprensione dei contratti di lavoro alla gestione delle licenze di riproduzione musicale, dalla conformità GDPR alla documentazione legalmente valida, queste competenze proteggono sia il professionista che l'utente, creando le condizioni per una pratica sicura e conforme.

Il musicoterapeuta professionalmente responsabile non vede la normativa come un ostacolo burocratico, ma come una garanzia di qualità e sicurezza. Sa navigare il sistema sanitario/educativo del proprio contesto, mantenendosi aggiornato sulle evoluzioni legislative e contribuendo, quando possibile, al miglioramento del quadro normativo attraverso l'advocacy informata.

Dimensione	D Iniziale	C Base	B Intermedio	A Avanzato
Conoscenze	a) Conosce il valore dei titoli e dei percorsi formativi; b) Basi di contratto di lavoro.	a) Descrive normative nazionali su: - sanità, - disabilità, - copyright musicale, - responsabilità civile.	a) Comprende: - requisiti di accreditamento, - assicurazione professionale, - linee guida ministeriali; b) Conosce diritto d'autore e licenze collettive.	a) Analizza evoluzioni legislative UE/internazionali; b) Negozia in ambiti forensi; c) Conosce principi di: - <i>procurement pubblico</i> , - <i>advocacy normativa</i> .
Abilità	a) Compila documenti legali basilari: -fattura, -privacy -ecc..	a) Gestisce licenze di riproduzione musicale; b) Monitora scadenze assicurative; c) Mantiene registro incidenti.	a) Redige contratti di servizio MT; b) Elabora procedure operative standard conformi a legge; c) Partecipa a <i>audit</i> di qualità.	a) Consulenza a enti su compliance normativa; b) Produce <i>white paper</i> legislativi; c) Testimonia come <i>expert witness</i> e contribuisce a processo normativo.
Atteggiamenti	a) Vede la normativa come ostacolo.	a) Comprende scopo protettivo delle leggi; b) Adempie con puntualità.	a) Promuove cultura di qualità e sicurezza; b) Responsabilità verso <i>stakeholder</i> .	a) Agisce con <i>advocacy</i> per migliorare accesso equo ai servizi; b) Integra visione sistemica etico-legale nella pratica.

Cluster 9.3 Advocacy e Policy

Oltre alla competenza clinica ed etica, i moderni standard internazionali richiedono al musicoterapeuta di promuovere la professione presso decisori, enti regolatori e comunità. Secondo il **Dominio V.B** dei Board Certification Domains 2025(CBMT) e le linee **EMTC 2023** sul riconoscimento europeo, la capacità di advocacy è cruciale per garantire accesso equo ai servizi, sostenere la legislazione e contribuire allo sviluppo di politiche sanitarie, educative e sociali.

Dimensione	D Iniziale	C Base	B Intermedio	A Avanzato
Conoscenze	a) Conosce l'esistenza di associazioni professionali nazionali; b) Riconosce che la musicoterapia non è regolamentata ovunque in modo uniforme.	a) Descrive i principali riferimenti normativi italiani -Norma UNI 11592, -TSRM e PSTRP -le leggi quadro UE su professioni sanitarie; b) Conosce le "AMTA State Task Forces" come modello di lobbying.	a) Analizza processi legislativi -iter di proposta, -consultazioni pubbliche, -commissioni; b) Comprende meccanismi di rimborso: -SSN, -assicurazioni, -fondi socio-educativi.	a) Conosce strumenti di <i>impact assessment</i> e <i>theory-of-change</i> per programmi di advocacy; b) Monitora comparativamente le politiche internazionali (WHO, WFMT).
Abilità	a) Partecipa a incontri informativi dell'associazione locale;	a) Redige brevi comunicati divulgativi -volantini, -post social usando terminologia corretta; b) Presenta il proprio lavoro a un convegno regionale.	a) Elabora <i>position paper</i> o memorie per audizioni parlamentari; b) Collabora con altre professioni (logopedisti, fisioterapisti) per istanze comuni; c) Conduce campagne di sensibilizzazione basate su dati di outcome.	a) Coordina task-force nazionale; facilita tavoli tecnici ministeriali; b) Scrive articoli <i>op-ed</i> su quotidiani nazionali; c) Negozia con enti assicurativi schede tariffarie; d) Supervisiona progetti di <i>policy-oriented research</i> .
Atteggiamenti	a) Ritiene che l' <i>advocacy</i> sia compito "dell'associazione".	a) Comprende che la promozione della professione è responsabilità condivisa.	a) È proattivo, ma mantiene toni costruttivi e basati su evidenza	a) Agisce con visione sistemica, rispetto inter-professionale e attenzione all'equità (DEI).

Appendici

- A. Tabella di correlazione con gli standard internazionali*
- B. Checklist autovalutativa*
- C Piano di Sviluppo Professionale*
- D. Cross-Reference tra Cluster*
- E. Glossario dei termini tecnici (più di 270)*
- F. Bibliografia*
- G. Bibliografia per Macro Aree*

A. Tabella di correlazione con gli standard internazionali

Macro-area / Cluster	AMTA (2013)	CBMT (2025)	EMTC draft 2023	WFMT Core Curriculum (2019 draft)
1 Sicurezza & Gestione rischio	C-14.4	I.SAFETY I-1 → "Recognize and respond to dangers" I-4 → "Observe infection control" I-8 → "Maintain awareness of client location"	Sezione "Safe practice" (requisito trasversale)	<i>Unit 1 Professional Standards</i> → "Client Safety & Risk Management"
2 Relazionale - Comunicazione terapeutica - Gestione gruppi/CMT - Cultural Humility/DEI	B-8, B-9	III.A Implementation III.A.1 (a-g) → Therapeutic relationship III.A.5.p & 5.u → Group dynamics & community-building	"Interpersonal & intercultural competences"	<i>Unit 3 Therapeutic Relationship</i> → "Communication, Diversity & Global Ethics"
3 Organizzativa Progettazione, documentazione e valutazione	C-15	II.D Treatment Planning III.B Documentation	"Planning / Evaluation / Quality assurance"	<i>Unit 4 Clinical Administration</i> → "Planning-Documentation-Evaluation cycle"
4 Musico strumentale	A-3, A-4	III.A.5.f (digital instr., guitar, keyboard, percussion, ukulele, voice) III.A.5.i (varied repertoire) III.A.5.j (music & movement)	"Music skills – functional proficiency & improvisation"	<i>Unit 2 Musicianship for Therapy</i>
5 Voce (tecnica & prosodia)	A-4, A-6	III.A.5.f.6 (voice) III.A.5.t (music-based relaxation) III.A.5.hh (validate client's musical experience)	inserita in "Music skills – vocal use"	<i>Unit 2</i> (sub-section "Vocal Techniques")
6 Corpo & Movimento	A-6	III.A.5.j (music & movement) III.A.5.g (improvise using instruments, voice or movement) III.A.2.zz/ccc (sensorimotor, strength & endurance)	"Movement & embodied practice"	<i>Unit 2</i> (sub-section "Embodied Practice & Movement")
7 Clinico – terapeutica (Assessment → Intervento)	Da C-10 A C-14	II Referral-Assessment-Planning III Implementation IV Evaluation & Termination	"Music-therapy theory & practice"	<i>Unit 5 Clinical Method</i> → "Assessment–Intervention–Termination"
8 Ricerca & Evidence-based practice	Advanced Competency AC-1	V.A.2 "Integrate current research"	CPD guidelines: "critical appraisal & research participation"	<i>Unit 6 Research & Evaluation</i>
9 Etica & Deontologia	AMTA Code of Ethics	V.B.1-12 "Professional Responsibilities" (Code of Professional Practice, confidentiality, scope-of-practice, etc.)	EMTC Code of Ethics (2022)	<i>Unit 1 Professional Standards</i> → "Ethical Codes & Global Responsibility"

Legenda estesa per l'interpretazione della tabella di allineamento dei framework

Questa legenda ha lo scopo di rendere immediatamente comprensibili la provenienza, la logica e le differenze terminologiche tra i diversi riferimenti (AMTA, CBMT, EMTC, WFMT) utilizzati nel manuale.

1. Codici e sigle

Sigla	Documento di riferimento	Come leggerla nella tabella
AMTA	<i>Professional Competencies</i> (2013) – American Music Therapy Association	Le voci sono numerate A-1...C-15. Esempio: C-14.4 = sezione C (Professional Practice), competenza 14, sottopunto 4.
CBMT	<i>Board Certification Domains & Examination Outline – Candidate Handbook 2025</i> , pp. 7-10	Notazione Dominio-Sottosezione-Item : es. III.A-5.f → Dominio III (Treatment Implementation), sottosezione A, item 5.f “impiegare competenze funzionali con strumenti digitali, chitarra...”
EMTC	<i>Training Standards draft</i> (2023) – European Music Therapy Confederation	Sezioni numerate 1...6 (es. 5.3 “Advocacy & economic evaluation”).
WFMT	<i>Global Core Curriculum for Entry-Level Music Therapy Education draft</i> (2019) – World Federation of Music Therapy	Unit n (es. <i>Unit 3 – Therapeutic Relationship</i>). Il documento è in bozza ma largamente citato come orientamento globale.

2. Cluster, Competency, Domain, Unit – perché usiamo “cluster”

- Nei framework internazionali ogni lista di competenze è organizzata in **Domains** (CBMT), **Areas/Sections** (EMTC) o **Units** (WFMT).
- Nel manuale, per evitare confusione con questi termini già “occupati”, abbiamo scelto **cluster**: agglomerati funzionali che raggruppano competenze omogenee (p. es. “Comunicazione terapeutica” o “Tecnologia digitale”).
- Di fatto, **un cluster = un domain/area/unit**, ma il termine più neutro consente di integrarli tutti senza conflitti lessicali.

3. Livelli di padronanza D / C / B / A

Livello	Significato operativo	Confronto con gli altri framework
D Iniziale	Competenze minime sotto supervisione	Supera di poco il requisito "Entry Level" AMTA/CBMT.
C Base	Autonomia su compiti standard	Circa equivalente alle Entry-Level Music Therapy Competencies CBMT, ma più granulare.
B Intermedio	Personalizza interventi, gestisce complessità	Vicino al profilo "Advanced Competencies" AMTA ma con specifiche tecniche (es. tecnologie, metodi neuro-music).
A Avanzato	Innovazione, guida e ricerca	Allinea al concetto di advanced practice (CBMT Continuing Ed. + leadership WFMT Unit 6-7).

4. Focus tematici ed eventuali scostamenti

Tema	Come lo trattano i framework	Come lo trattiamo noi (e perché)
Tecnologia digitale	Inserita nelle "Functional Music Skills" (AMTA A-4; CBMT III.A-5.f)	Elevata a cluster autonomo (4.2) per evidenziare AI, VR/AR, BCI e tele-musicoterapia, viste le rapide evoluzioni del settore.
Valutazione economica & advocacy	Raramente strutturata: WFMT Unit 7; EMTC 5.3. Nei documenti USA compare solo in prefazioni o white papers.	Inserita nello stesso cluster di "Ricerca & EBP" (Macro-area 8) per dare visibilità a cost-effectiveness, fund-raising, e politiche di accesso.
Etica & Legislazione	AMTA e CBMT separano Code of Ethics (intro) da normative; WFMT Unit 1 distingue "Professional Conduct" vs "Ethical Practice".	Due sub-cluster 9.1 Etica / 9.2 Legislazione: facilita l'aggiornamento normativo nazionale (Legge 4/2013, GDPR, ecc.).
Terminologia Assessment vs Evaluation	Nei framework spesso distinti - Assessment = raccolta dati iniziali; - Evaluation/Review = verifica esiti).	Fusi in Cluster 7.1 per coprire l'intero ciclo (baseline → rivalutazione) usando ICF, GAS, strumenti standardizzati.
Interventi basati sul movimento (RAS, TIMP, ecc.)	Catalogati come "music therapy methods" o "applications" (CBMT III.A, AMTA C-12).	Collocati in Macro-area 6 Corpo & Movimento per enfatizzare la dimensione embodied e l'integrazione neuro-motorio-musicale.

5. Numerazione, cross-reference

Indice: il manuale usa una numerazione gerarchica (Macro-area → Cluster → Dimensione K-S-A). Tutti i riferimenti incrociati (per es. "vedi 4.2-B" nel testo) sono generati via campo automatico per ridurre errori.

6. Stato di pubblicazione e aggiornamenti futuri

Framework	Status maggio 2025	Prossimo aggiornamento previsto
AMTA	Competenze 2013 ancora vigenti	Revisione in discussione (Commission on Education).
CBMT	Domains 2020 confermati nel <i>Candidate Handbook 2025</i> ; Practice Analysis 2024-25 in corso	Nuovi Domains attesi fine 2025 ; il manuale prevede una sezione "living document" per rapidi update.
EMTC	Draft <i>Training Standards 2023</i> (consultazione pubblica chiusa)	Pubblicazione finale prevista 2025-26.
WFMT	<i>Global Core Curriculum</i> draft 2019; fase di convalida internazionale	Presentazione finale probabile al WFMT World Congress 2026.

B. Checklist autovalutativa

Questa checklist è pensata per la **riflessione individuale** e la **pianificazione dello sviluppo professionale**. Per ciascun cluster, indica il livello che meglio descrive la tua pratica attuale.

Macro-area ► Cluster	D	C	B	A	Evidenze / Azioni di sviluppo
1 Sicurezza & Gestione Rischio					
1.1 Sicurezza fisica & sonora	☐	☐	☐	☐	
1.2 Infection-control & crisi	☐	☐	☐	☐	
2 Relazionale					
2.1 Comunicazione terapeutica	☐	☐	☐	☐	
2.2 Gestione gruppi/CMT	☐	☐	☐	☐	
2.3 Cultural Humility & DEI	☐	☐	☐	☐	
3 Organizzativa					
3.1 Progettazione documentazione- valutazione	☐	☐	☐	☐	
4 Musico-strumentale					
4.1 Strumentario armonico-ritmico	☐	☐	☐	☐	
4.2 Tecnologia & strumenti digitali	☐	☐	☐	☐	
5 Voce					
5.1 Tecnica vocale funziona	☐	☐	☐	☐	
5.2 Voce espressiva/terapeutica	☐	☐	☐	☐	
6 Corpo & Movimento					
6.1 Corpo sonoro & autoregolazione	☐	☐	☐	☐	
6.2 Movimento terapeutico / RAS	☐	☐	☐	☐	
7 Clinico-terapeutica					
7.1 Assessment & pianificazione	☐	☐	☐	☐	
7.2 Erogazione intervento & adattamento	☐	☐	☐	☐	
7.3 Integrazione & case-management	☐	☐	☐	☐	
8 Ricerca & Evidence-Based Practice					
8.1 Metodologia di ricerca	☐	☐	☐	☐	
8.2 Knowledge translation	☐	☐	☐	☐	
8.3 Valutazione economica & advocacy	☐	☐	☐	☐	
9 Etica & Deontologia					
9.1 Principi etici & relazioni	☐	☐	☐	☐	
9.2 Legislazione & responsabilità	☐	☐	☐	☐	

Come utilizzare la checklist

1. **Legenda sintetica:** D = Iniziale C = Base B = Intermedio A = Avanzato
2. **Compila:** per ogni cluster barra la casella del livello che senti di aver raggiunto.
3. **Evidenze:** annota esempi concreti (casi clinici, pubblicazioni, feedback, supervisione) che giustificano l'autovalutazione.
4. **Azioni di sviluppo:** identifica passi successivi (formazione, letture, supervisione, pratica mirata) per avanzare di livello.
5. **Rivedi** ogni 6-12 mesi e aggiorna il tuo piano di CPD (Continuing Professional Development).

C Piano di Sviluppo Professionale

Il Piano di Sviluppo Professionale (PSP) traduce la tua autovalutazione (**check-list B**) in azioni concrete, calendarizzate e misurabili; diventa quindi il cuore del tuo **Continuing Professional Development (CPD)**: la fotografia della tua crescita sistematica, documentata e continuativa.

La logica che informa questa appendice ruota intorno a tre cornici che, integrate, garantiscono un percorso di **Continuing Professional Development (CPD)** tanto rigoroso quanto motivante.

1. Growth Mindset

Il *mindset* teorizzato da **Carol Dweck** definisce le abilità come **malleabili** e suscettibili di crescita attraverso impegno, strategie e feedback (Dweck, 2006; Yeager & Dweck, 2012). In ambito formativo ciò si traduce in:

- focalizzarsi sui **processi** più che sui risultati (“che cosa ho fatto che ha funzionato?”);
- interpretare l'errore come **informazione diagnostica**, non come giudizio di valore;
- costruire obiettivi incrementali, sfidanti ma raggiungibili, che mantengano alta la motivazione intrinseca.

Inserire nel Piano di Sviluppo Professionale (PSP) almeno due obiettivi riferiti a *cluster* già in fascia B–A (Livello Buono–Avanzato) riduce l'effetto “deficit view” tipico dei tradizionali piani di miglioramento.

2. Appreciative Inquiry (AI)

Nato in ambito organizzativo (Cooperrider & Srivastva, 1987), l'AI si fonda sul principio che il **linguaggio crea realtà**: esplorare “ciò che funziona” attiva risorse individuali e collettive. Il modello operativo 4-D (Discover → Dream → Design → Destiny) consente di:

1. **Discover** – mappare successi e fattori abilitanti;
2. **Dream** – immaginare scenari futuri desiderabili;
3. **Design** – progettare percorsi concreti;
4. **Destiny** – consolidare e diffondere le innovazioni.

Applicato al PSP, l'AI:

- trasforma la checklist di autovalutazione in **narrazione positiva** delle competenze;
- genera mete SMART cariche di significato personale e valoriale;
- favorisce l'*accountability* condivisa tra terapeuta e supervisore.

3. Ciclo di apprendimento esperienziale di Kolb

Il modello quadripartito di **David Kolb** (1984) descrive l'apprendimento come sequenza ricorsiva:

Esperienza concreta → **Osservazione riflessiva** → **Concettualizzazione astratta** → **Sperimentazione attiva** → (nuova) **Esperienza concreta**.

Nel PSP, la **riflessione finale** chiude il loop corrente – consolidando i risultati tramite insight concettuali – e **apre** il successivo, alimentando un circuito di miglioramento continuo. L'intersezione con Growth Mindset è evidente: la riflessione valorizza lo sforzo, mentre l'AI fornisce il repertorio di successi da cui astrarre principi trasferibili.

È diviso in 5 sezioni riassunte nella tabella qui sotto.

Sezione	Cosa devi fare	Perché è importante
1. Sintesi del profilo attuale	Elenca 2-3 cluster in cui sei già forte (livelli B-A) e 2-3 in cui sei a D-C.	Ti ancora alla realtà: partire dai punti di forza motiva, riconoscere i gap e orienta le priorità.
2. Obiettivi SMART	Formula max 3 obiettivi Specific-Measurable-Achievable-Relevant-Time-bound : es. «Entro il 30/11/25 completerò il corso NMT-RAS e applicherò RAS a 2 pazienti Parkinson».	Gli obiettivi vanno oltre il “vorrei migliorare” trasformandolo in target verificabile.
3. Azioni pianificate	Compila la tabella Data / Azione / Risorsa / Stato. Mantieni righe corte (bullet) e aggiorna lo stato (in corso-fatto-rinviato).	Consente di monitorare l'aderenza al piano e di rendicontarla in supervisione.
4. Valutazione mid-term	A metà periodo rifletti su evidenze (log clinici, feedback, KPI) e su ostacoli; adatta il piano se necessario.	Introduce principio di <i>formative assessment</i> : correggi la rotta prima della review finale.
5. Riflessione finale	Sintetizza apprendimenti, impatto clinico/ricerca, prossimi passi (nuovo ciclo CPD).	Chiude il ciclo di apprendimento riflessivo (Kolb) e genera insight per il piano successivo.

SMART

La tabella che segue è dedicata all'acronimo SMART dove si illustrano dettagliatamente significato e funzione di ogni lettera

Lettera	Significato (ITA/ENG)	Funzione
S	Specifico – <i>Specific</i>	Definisce con esattezza “che cosa” vuoi raggiungere
M	Misurabile – <i>Measurable</i>	Stabilisce “quanto/come” verifichi il risultato attraverso un indicatore numerico o descrittivo.
A	Achievable (o Attainable) – <i>Realistico</i>	Valuta se l'obiettivo è proporzionato a risorse e vincoli.
R	Rilevante – <i>Relevant</i>	Collega l'obiettivo ad esigenze cliniche, didattiche o di carriera.
T	Temporalmente definito – <i>Time-bound</i>	Fissa una scadenza entro cui il risultato deve emergere.

Infine una tabella dedicata alla dicotomia Cluster di forza vs Cluster in sviluppo

Cluster di forza <i>Competenze già consolidate</i>	Cluster in sviluppo <i>Competenze da potenziare</i>
Le risorse che possiedi già a livello B–A. Fungono da “leva” motivazionale e ti garantiscono credibilità immediata con colleghi e utenti. Basano il PSP su una logica <i>strength-based</i>: valorizzare ciò che funziona aumenta auto-efficacia e engagement	Le aree di crescita: dove sei a livello D–C. Identificano la tua zona di sviluppo prossimale: focus mirato, tempo e risorse investiti con il massimo ritorno. Evitano l’etichetta “debolezze”, che psicologicamente frena l’apprendimento. Parlare di “in sviluppo” richiama la growth mindset e l’idea di progressione continua

Nel Piano di Sviluppo Professionale parlo di “cluster di forza” e “cluster in sviluppo” perché un progetto di crescita efficace deve partire da due poli complementari della tua competenza.

Cluster indica un insieme coerente di competenze (K-S-A) che concorrono allo stesso *outcome* clinico o professionale. Lavorare per gruppi, e non per singole *micro-skill*, è la strategia raccomandata nei *framework* internazionali di competenza (farmacia, infermieristica, fisioterapia, ecc.): evitare la frammentazione riduce la complessità valutativa e permette d’intervenire su abilità che si rafforzano a vicenda.

Questa combinazione, come detto, riflette l’approccio *appreciative inquiry*: prima si esplorano e amplificano i punti di eccellenza, poi si progettano passi realistici per colmare i gap; in tal modo il piano resta motivante e sostenibile.

Nel Profilo iniziale individui due-tre cluster di forza: sono i tuoi cavalli di battaglia, quelli su cui puoi già fare mentoring o ricerca. A fianco ne scegli due-tre in sviluppo: sono le abilità che vuoi portare al prossimo livello nei prossimi 6-12 mesi. Lo scopo e il senso del Piano di Sviluppo Professionale è quello di trasformare i *cluster in sviluppo* in futuri *cluster di forza*.»

KPI – *Key Performance Indicator*: metrica oggettiva di successo (es. riduzione NPI-Q, incremento gait-velocity).

Revisore/Supervisore – collega senior o docente che firma il piano, offre feedback e ne certifica i risultati.

PIANO DI SVILUPPO PROFESSIONALE (PSP)				
Nome: _____ Periodo di riferimento: _____ Nome del Revisore/Supervisore: _____				
1. Sintesi del profilo di partenza				
• Cluster di forza (competenza già consolidate livello B/A): _____ _____ _____ • Cluster in sviluppo (competenze da potenziare livello D/C): _____ _____ _____				
2. Obiettivi SMART (max 3)				
Obiettivo 1: Obiettivo 2: Obiettivo 3:				
3. Azioni pianificate				
Data	Azione/Attività prevista	M = Indicatore di successo (KPI)	Risorse (tempo, costi, supporti)	Stato (in corso, fatto, rinviato)
4. Valutazione MID-TERM (valutazione intermedia)				
Osservazioni su evidenze (dati, supervisione), ostacoli incontrati, aggiustamenti del piano iniziale				
5. Riflessione finale				
Cosa ho imparato? Impatto sul lavoro clinico / ricerca / advocacy: Prossimi passi:				

PIANO DI SVILUPPO PROFESSIONALE (PSP) FAC-SIMILE Compilato				
Nome: Mario Rossi Periodo di riferimento: Settembre 2025-marzo 2026 Nome del Revisore/Supervisore: Stefano Bianchi				
1. Sintesi del profilo di partenza				
- Cluster di forza (competenza già consolidate livello B/A): 4.1 Utilizzo dello strumentario armonico e ritmico 6.3 Co-regolazione corpo-suono nelle patologie neurologiche - Cluster in sviluppo (competenze da potenziare livello D/C): 8.2 Lettura critica della letteratura scientifica 2.2 Gestione di gruppo e dinamiche di comunità				
2. Obiettivi SMART (max 3)				
Obiettivo 1: Entro il 15/12/25 completerò un corso online su Evidence-Based Practice in musicoterapia e redigerò una scheda critica su 2 articoli. Obiettivo 2: Da ottobre a gennaio condurrò un piccolo gruppo settimanale di songwriting clinico e raccoglierò feedback strutturati dai partecipanti. Obiettivo 3: Includerò riferimenti bibliografici aggiornati nelle mie sessioni di supervisione per almeno 2 casi clinici.				
3. Azioni pianificate				
Data	Azione/Attività prevista	M = Indicatore di successo (KPI)	Risorse (tempo, costi, supporti)	Stato (in corso, fatto, rinviato)
01/10/25	Iscrizione corso EBP online	M = completamento attestato	€ 80, 12 h	fatto
10/11/25	Analisi di 2 articoli e scheda critica	M = consegna 2 file .pdf	4 h	in corso
05/10/25	Avvio gruppo songwriting clinico	M = feedback da 3 partecipanti	2 h/settimana	in corso
10/01/26	Supervisione con bibliografia integrata	M = 2 casi discussi con fonti recenti	tempo clinico	da fare

4. Valutazione MID-TERM (valutazione intermedia)

Il gruppo di songwriting clinico ha avuto un buon avvio e una partecipazione regolare da parte dei/delle partecipanti, con feedback positivi sulle prime due sessioni. Tuttavia, sto incontrando difficoltà nel ritagliare un tempo adeguato per la lettura e l'analisi della letteratura scientifica prevista dal primo obiettivo. Valuto la possibilità di posticipare la seconda scheda critica a gennaio, per distribuire meglio il carico e mantenere alta la qualità del lavoro riflessivo.

5. Riflessione finale

In questi mesi ho compiuto passi significativi nell'integrare l'approccio Evidence-Based nella mia pratica clinica quotidiana. La lettura mirata di articoli scientifici e la loro applicazione nel lavoro supervisionato mi hanno aiutata a rafforzare la capacità di argomentare le scelte metodologiche in modo più consapevole. Parallelamente, la conduzione del piccolo gruppo di songwriting clinico mi ha permesso di esplorare le dinamiche interpersonali con maggiore sensibilità e di affinare la gestione dei tempi, dei ruoli e del clima relazionale. Il prossimo obiettivo sarà potenziare le mie competenze di leadership e facilitazione narrativa, soprattutto in contesti gruppalì e comunitari, per accompagnare meglio i processi di co-creazione e riflessione condivisa.

D. Cross-Reference tra Cluster

Cluster di partenza	Cluster correlato	Motivo del collegamento
1.1 (Sicurezza)	4.2 (Tecnologia)	Rischi clinici e privacy aumentano con l'uso delle tecnologie.
3.1 (Progettazione)	8.2 (KT e EBP)	La progettazione basata su evidenze implica il ciclo KT.
4.2 (Tecnologia)	7.2 (Erogazione clinica)	Tecnologie adattive e AI influiscono sull'adattamento in tempo reale.
5.2 (Voce espressiva)	2.1 (Comunicazione terapeutica)	La prosodia terapeutica è centrale in entrambi.
6.1 (Corpo come strumento)	5.2 (Voce espressiva)	Embodiment vocale, voce come estensione del corpo.
6.2 (Movimento terapeutico)	4.1 (Strumenti armonico ritmici)	Coordinamento musica-movimento: RAS e tempo, pattern e gait.
7.1 (Assessment)	3.1 (Documentazione)	I dati valutativi devono essere progettati e documentati.
7.3 (Integrazione interdisciplinare)	3.1 (Documentazione)	Cartella clinica condivisa: Tracciabilità interdisciplinare (SOAP/EHR).
7.3 (Integrazione interdisciplinare)	8.2 (KT e EBP)	Evidence- base loop: KPI di 7.3 → Knowledge Translation; EBP → gestione casi.
8.3 (Advocacy & impatto)	2.3 (DEI – cultural humility)	Entrambi affrontano equità e accesso a livello micro e macro.

E. Glossario dei termini tecnici

Abilismo

L'abilismo (o capacitismo) è la discriminazione nei confronti delle persone con disabilità. Si basa sull'idea che il corpo e la mente "normali" siano migliori e che tutto debba essere pensato per chi non ha disabilità. Questo porta a barriere fisiche, sociali e culturali che ostacolano la piena partecipazione delle persone disabili alla vita sociale. L'abilismo si manifesta, ad esempio, quando si nega l'accesso a spazi o servizi, si usa un linguaggio offensivo o si tratta la disabilità come qualcosa da compatire o correggere, invece di riconoscerla come una delle tante possibili condizioni umane

Accountability

L'accountability è l'obbligo di rendere conto delle proprie azioni, decisioni e risultati con trasparenza e giustificazione pubblica, accettando sanzioni o riconoscimenti in base agli esiti. Si distingue dalla *responsability* (responsabilità operativa) per la tracciabilità, il controllo di ogni fase del processo e la risposta diretta agli *stakeholder* interni ed esterni attraverso un reporting accurato di processi, risultati e uso delle risorse. (Ebrahim, 2003)

Adaptive tempo

L'adaptive tempo (o tempo adattivo) è un sistema dinamico che modifica in tempo reale la velocità musicale (misurata in BPM, battiti per minuto) in risposta a parametri fisiologici o motori dell'utente. A differenza di un metronomo tradizionale con velocità fissa, questa tecnologia utilizza algoritmi che analizzano dati provenienti da sensori (come accelerometri, sensori di pressione o dispositivi indossabili) per sincronizzare continuamente la musica con il movimento o le funzioni biologiche della persona. In ambito musicoterapico, l'adaptive tempo trova applicazione principalmente nella riabilitazione neuromotoria, dove può facilitare il training del cammino (gait training) adattandosi automaticamente alle variazioni di velocità e ritmo del paziente, migliorandone progressivamente la stabilità e la simmetria. Viene utilizzato anche nella regolazione cardio-respiratoria, dove il tempo musicale può sincronizzarsi con i pattern respiratori o la frequenza cardiaca per promuovere stati di calma o attivazione funzionale. La ricerca neuroscientifica ha dimostrato che questa sincronizzazione adattiva sfrutta i meccanismi di *entrainment* ritmico del sistema nervoso in modo più efficace rispetto agli stimoli a tempo fisso, personalizzando l'intervento alle capacità e limitazioni specifiche dell'utente.

Advocacy

Advocacy (in italiano: *promozione, sostegno attivo o azione di patrocinio*) indica un insieme di strategie e attività finalizzate a sostenere, rappresentare e difendere i diritti, i bisogni e gli interessi di individui, gruppi o cause, con l'obiettivo di influenzare le politiche pubbliche, l'opinione pubblica e i contesti istituzionali. Nel contesto delle professioni d'aiuto — inclusa la musicoterapia —

l'advocacy riguarda il promuovere il riconoscimento del valore terapeutico della disciplina, tutelare le persone fragili e garantire l'accesso equo ai servizi.

Advocacy normativa

L'advocacy normativa è l'insieme delle azioni strategiche finalizzate a promuovere, sostenere o modificare norme, leggi o regolamenti, con l'obiettivo di tutelare diritti, migliorare le politiche pubbliche o favorire cambiamenti istituzionali a beneficio di gruppi, comunità o cause collettive.

Si tratta di un'attività svolta da individui, associazioni o organizzazioni che, attraverso analisi, comunicazione, dialogo con i decisori pubblici, campagne di sensibilizzazione e uso di dati e ricerche, cercano di influenzare il processo legislativo o regolamentare in modo trasparente e fondato su valori condivisi, non su interessi di parte

Advocate

Promotore, sostenitore

Affidabilità

L'affidabilità è la capacità di uno strumento di misura (come una scala, un test o un questionario) di fornire risultati stabili e coerenti nel tempo e tra diversi valutatori.

Esempio: Se due terapeuti utilizzano la stessa scala Nordoff-Robbins per valutare una seduta e ottengono risultati simili, la scala è affidabile.

Un alto livello di affidabilità significa che lo strumento riduce al minimo gli errori casuali e può essere usato con fiducia per monitorare i cambiamenti o confrontare i risultati.

Agency

L'agency è un concetto multidimensionale che indica la capacità percepita e concreta di un individuo o di un gruppo di agire nel proprio ambiente con intenzionalità e impatto significativo. In musicoterapia, rappresenta la facoltà della persona di diventare protagonista attiva del proprio percorso di cura, anziché semplice destinataria passiva dell'intervento. Si manifesta quando l'utente può esercitare scelte musicali autonome, influenzare la direzione dell'improvvisazione, co-creare il materiale sonoro, e sperimentare un senso di competenza ed efficacia attraverso l'espressione musicale. L'agency si sviluppa progressivamente nel contesto della relazione terapeutica: dalla fase iniziale in cui il musicoterapeuta può facilitare piccole scelte (quale strumento usare, quando iniziare o terminare), fino a forme più complesse di autodeterminazione creativa (comporre brani, guidare improvvisazioni collettive). Dal punto di vista neuroscientifico, l'agency è legata ai circuiti neurali che elaborano il senso di autorialità delle proprie azioni e la previsione delle loro conseguenze. A livello clinico, promuovere l'agency significa riconoscere e valorizzare le risorse della persona, sostenendo la sua autonomia decisionale e la capacità di incidere sul proprio percorso terapeutico e, più ampiamente, sulla propria vita. Negli approcci contemporanei resource-oriented e community music therapy, l'agency viene estesa dalla dimensione individuale a quella sociale e politica, diventando strumento di empowerment che può trasformare non solo l'esperienza personale, ma anche i contesti comunitari. (DeNora, 2000)

AI generativa

Vedi Generative Music (AI)

Altmetrics – Alternative Metrics

Insieme di indicatori alternativi alle citazioni accademiche tradizionali che misurano l'impatto di una pubblicazione scientifica o di un contenuto digitale al di fuori dei canali bibliometrici convenzionali (come Scopus o Web of Science). Le altmetrics tengono conto della diffusione e interazione online, inclusi:

- menzioni su social media (Twitter/X, Facebook, LinkedIn),
- condivisioni su piattaforme accademiche (ResearchGate, Mendeley),
- apparizioni su blog, Wikipedia, podcast,
- copertura su media generalisti o specializzati,
- download e visualizzazioni su repository aperti (es. PubMed Central, Zenodo, Arxiv).

Le altmetrics offrono un quadro più tempestivo, accessibile e diversificato della visibilità e della rilevanza sociale, clinica o educativa di un lavoro, soprattutto in discipline emergenti come la musicoterapia, dove l'impatto comunitario o clinico può precedere il riconoscimento accademico formale. Ovviamente non sostituiscono le metriche tradizionali, ma le completano e possono essere influenzate da dinamiche di popolarità o viralità non necessariamente legate alla qualità scientifica. (Priem, Taraborelli, Groth, & Neylon, 2010).

AMTA (American Music Therapy Association)

Principale associazione professionale di musicoterapia negli Stati Uniti, che stabilisce standard formativi e competenze professionali, promuove la ricerca e sostiene il riconoscimento della professione. I suoi documenti, soprattutto le "Professional Competencies", sono riferimenti internazionali. (AMTA, 2013)

AMTA State Task Forces

Le AMTA State Task Forces sono gruppi di lavoro istituiti a livello dei singoli Stati americani dalla American Music Therapy Association (AMTA) e dal Certification Board for Music Therapists (CBMT). Il loro compito principale è promuovere il riconoscimento legale e istituzionale della musicoterapia e della certificazione MT-BC (Music Therapist-Board Certified) all'interno delle normative statali.

a) Cosa fanno concretamente le State Task Forces?

- Collaborazione strategica: Ogni task force lavora in coordinamento con AMTA, CBMT e le associazioni regionali per attuare strategie comuni di riconoscimento e tutela della professione.
- Advocacy e lobbying: Questi gruppi si dedicano all'advocacy e al lobbying, cioè a tutte quelle azioni mirate a influenzare i legislatori, i funzionari pubblici e le istituzioni affinché la musicoterapia venga riconosciuta come professione sanitaria regolamentata.
- Analisi normativa: Le task force esaminano le leggi e i regolamenti esistenti per individuare come e dove la musicoterapia possa essere inserita o riconosciuta, proponendo modifiche legislative se necessario.
- Produzione di documenti e dati: Raccolgono dati sulla pratica della musicoterapia, redigono schede informative e documenti tecnici (white paper) per supportare le richieste presso le istituzioni.

- Formazione e sensibilizzazione: Organizzano incontri con legislatori, stakeholder e la comunità di musicoterapeuti, promuovendo campagne informative e costruendo reti di sostegno locale (advocacy di base).
- Implementazione di piani di advocacy: Sviluppano e attuano piani strategici che comprendono comunicazione con i legislatori, partecipazione a eventi pubblici, scrittura di lettere, audizioni e altre azioni di pressione istituzionale.

b) Obiettivo principale

L'obiettivo delle State Task Forces è ottenere il riconoscimento ufficiale della musicoterapia e della certificazione MT-BC come requisito per la pratica professionale, garantendo così standard di qualità e sicurezza e facilitando l'accesso ai servizi di musicoterapia per i cittadini.

c) Come funzionano

- Operano in modo sistematico, concentrandosi sugli Stati dove il bisogno di riconoscimento è maggiore.
- Ricevono supporto tecnico e operativo da AMTA e CBMT, ma lavorano con autonomia a livello locale.
- Coinvolgono attivamente i musicoterapeuti e la comunità professionale locale in tutte le fasi del processo.

Analisi Costi benefici

L'analisi costi-benefici è una metodologia economica strutturata che identifica, quantifica e confronta il valore monetario di tutti i costi e i benefici associati a un intervento, programma o progetto, per determinarne il valore netto complessivo per la società. A differenza di altre valutazioni economiche più semplici, questa analisi richiede la monetizzazione anche degli effetti intangibili (come benessere psicologico, qualità di vita, soddisfazione) e considera le conseguenze a lungo termine, dirette e indirette. (Drummond et al., 2015)

In ambito musicoterapico, l'analisi costi-benefici permette di valutare la sostenibilità e l'efficienza allocativa degli interventi, considerando non solo i costi diretti (personale, materiali, spazi) ma anche i benefici sistematici come la riduzione di farmaci, la diminuzione delle giornate di degenza, il miglioramento della qualità di vita, e il potenziale risparmio sui costi assistenziali futuri. Questo approccio fornisce dati concreti per decisori sanitari, enti finanziatori e stakeholder, posizionando la musicoterapia come intervento non solo clinicamente efficace ma anche economicamente vantaggioso all'interno dei sistemi di welfare.

Analisi dei bisogni

Fase preliminare in cui il musicoterapeuta raccoglie, ordina e interpreta le informazioni necessarie a capire che cosa serve davvero all'utente (o al gruppo) prima di fissare obiettivi e strategie. Comprende:

- la dimensione clinica – diagnosi medica, limiti funzionali, sintomi prioritari;
- la dimensione psicosociale – risorse emotive, relazioni familiari, rete di sostegno, fattori culturali;
- la dimensione musicale – storia d'ascolto, preferenze, competenze espressive, valori attribuiti alla musica;
- la dimensione contestuale – ambiente fisico, vincoli organizzativi, aspettative dell'équipe e degli stakeholder.

Si fonda su colloqui, osservazione diretta, test standardizzati, anamnesi musicale e confronto con familiari o operatori. L'obiettivo è trasformare la domanda esplicita ("voglio la musicoterapia") e quella implicita (bisogni non verbalizzati) in un quadro chiaro di priorità, che guiderà la successiva pianificazione del trattamento.

ANOVA (Analysis of Variance) – Analisi statistica inferenziale

Procedura che confronta le medie di tre o più gruppi per stabilire se esistono differenze statisticamente significative tra di loro. Invece di eseguire più t-test singoli (che aumenterebbero il rischio d'errore), l'ANOVA scompone la varianza totale dei dati in:

- Varianza tra gruppi – quanto le medie dei gruppi si discostano dalla media generale.
- Varianza entro gruppi – quanto i valori variano all'interno di ciascun gruppo.

Dal rapporto fra queste due componenti deriva il valore F; se F supera una soglia critica ($p < 0,05$) si conclude che almeno un gruppo differisce dagli altri. Eventuali post-hoc test (Tukey, Bonferroni...) individuano quali coppie di gruppi sono diverse.

Esempio in musicoterapia: confrontare il punteggio di benessere (PROM) in tre condizioni – musica dal vivo, musica registrata, controllo silenzio – per vedere se il tipo di stimolo produce effetti diversi.

Anticapacitista

Paradigma critico che, in musicoterapia, orienta la progettazione e la valutazione verso l'abbattimento delle barriere e il riconoscimento della soggettività musicale di ogni persona, rifiutando criteri di "normalità" basati su funzioni neuro-motorie o cognitive standard. Implica pratiche inclusive, partecipative e fondate sui diritti umani.

Appreciative Inquiry (AI)

Approccio trasformativo che utilizza la forza delle domande generative per espandere ciò che in un sistema – persona, équipe o comunità – è già vitale e funziona. Nato negli anni '80 all'Università Case Western Reserve, AI si fonda su cinque principi epistemologici:

- Costruzionista – il linguaggio non descrive soltanto la realtà, la co-crea: "le parole fanno i mondi"
- Simultaneità – l'atto stesso di indagare avvia il cambiamento, perché la domanda precedente orienta l'attenzione successiva;
- Poetico – qualunque aspetto di un'esperienza può diventare tema di esplorazione, esattamente come un testo poetico che offre infiniti punti d'ingresso;
- Anticipatorio – le immagini positive del futuro funzionano da calamita motivazionale che organizza l'azione presente;
- Positivo – emozioni come gratitudine e speranza ampliano il repertorio cognitivo-comportamentale, aumentando creatività e resilienza.

Diversamente dai modelli "gap-analysis", AI non chiede "cosa manca?" ma "quando ha funzionato al meglio?": da quelle storie di successo estrae risorse, pattern e valori che diventano la materia prima del progetto evolutivo. Recenti

revisioni sistematiche evidenziano che, in contesti clinici e formativi, questo focus sui punti di forza riduce il burnout e migliora l'auto-efficacia professionale, soprattutto quando l'indagine viene ripetuta ciclicamente e coinvolge pari, supervisor e stakeholder esterni.

Nel Piano di Sviluppo Professionale del musicoterapeuta, Al agisce come catalizzatore metacognitivo:

1. fa emergere il *positive core* delle competenze (cluster eccellenti, momenti di peak performance);
2. traduce quel nucleo in immagini di futuro desiderabile ("best possible practitioner");
3. costruisce micro-esperimenti che testano subito le nuove pratiche, instaurando un ciclo di apprendimento auto-rafforzante.

In sintesi, Appreciative Inquiry è una lente intenzionalmente ottimista: spostando l'attenzione dal deficit alla vitalità e facendo leva sull'immaginazione collettiva, crea le condizioni emotive, cognitive e relazionali perché il cambiamento professionale sia non solo sostenibile, ma anche generativo di ulteriori possibilità.

Arousal

L'arousal è uno stato generale di attivazione e reattività del sistema nervoso, che si manifesta in risposta a stimoli interni (come pensieri o emozioni) o esterni (come eventi ambientali o sociali). Questo stato coinvolge sia aspetti psicologici sia fisiologici, come l'aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa e della vigilanza, preparando l'organismo a percepire, analizzare e rispondere efficacemente agli stimoli.

L'arousal rappresenta una condizione dinamica che regola il livello di energia, attenzione e prontezza dell'individuo. Può variare da livelli molto bassi (come nel sonno profondo o rilassamento) a livelli molto alti (come durante una forte emozione, una prestazione sportiva o una situazione di pericolo)

Assessment

Processo sistematico di raccolta e analisi di informazioni musicali, comportamentali, fisiologiche e contestuali al fine di delineare i bisogni del paziente, stabilire obiettivi terapeutici e monitorare i progressi. Comprende strumenti standardizzati, osservazione naturalistica e colloqui clinici. (AMTA C11-12; Giordano et al., 2023)

Attunement

Sintonizzazione emotiva e neurofisiologica fra terapeuta e paziente ottenuta attraverso corrispondenza di parametri musicali, prosodici e gestuali. Costituisce la base di un'alleanza terapeutica efficace e di un sentimento di "essere compreso". (Stern, 2004)

Audit

Verifica, controllo o ispezione

Bias

Bias (in italiano: *pregiudizio cognitivo* o *distorsione*) indica una deviazione sistematica dal pensiero logico, razionale o imparziale che può influenzare il modo in cui percepiamo, giudichiamo e prendiamo decisioni. I bias sono scorciatoie mentali (*heuristics*) che il cervello utilizza per semplificare l'elaborazione delle informazioni, ma che spesso portano a errori di valutazione o interpretazione. (Kahneman, 2011)

Backing track

Le basi musicali sono tracce audio preregistrate che contengono l'accompagnamento strumentale di una canzone, ma generalmente senza la voce principale o senza uno strumento solista. Vengono utilizzate per cantare, suonare o esercitarsi sopra la traccia, sia in ambito didattico che performativo, oppure in contesti di musicoterapia per facilitare la partecipazione musicale anche a chi non ha una band o un accompagnamento dal vivo.

Baseline

Misurazione iniziale dei parametri oggetto di intervento che funge da riferimento per valutare l'efficacia (Kazdin, 2011)

BCI (Brain-Computer Interface)

Le interfacce cervello-computer (BCI, Brain-Computer Interface) sono sistemi tecnologici che consentono una comunicazione diretta tra il cervello umano e dispositivi esterni, come computer o strumenti musicali, attraverso la rilevazione e l'interpretazione dell'attività elettrica cerebrale. Questi sistemi possono essere invasivi (con impianti direttamente nel tessuto cerebrale) o non invasivi (ad esempio tramite elettroencefalogramma, EEG, con sensori applicati sullo scalpo), e permettono di trasformare le intenzioni dell'utente, rilevate tramite segnali neurali, in comandi per controllare dispositivi esterni.

In ambito musicoterapico, le BCI stanno aprendo nuove prospettive, soprattutto per persone con gravi disabilità motorie che non possono utilizzare strumenti musicali in modo tradizionale. Grazie a queste tecnologie, è possibile suonare, comporre o improvvisare musica utilizzando esclusivamente il pensiero.

Queste innovazioni non solo favoriscono l'inclusione e la partecipazione attiva di persone con disabilità gravi, ma offrono anche nuove modalità di espressione creativa, stimolazione cognitiva e motivazione all'interno di percorsi riabilitativi e terapeutici. L'utilizzo delle BCI in musicoterapia rappresenta quindi un passo avanti verso una pratica più accessibile, personalizzata e tecnologicamente avanzata, capace di valorizzare le potenzialità residue e la creatività di ogni individuo.

Beatboxing

Arte di riprodurre con bocca, labbra e laringe pattern ritmici, bassline e effetti di scratch tipici della musica hip-hop. In ambito musicoterapico la percussione vocale diventa strumento di: (1) training respiratorio e coordinazione pneumo-fonatoria (continui passaggi pressione-decompressione); (2) potenziamento articolatorio e sequenziamento motorio in disturbi del linguaggio; (3) engagement e auto-espressione identitaria in adolescenti e giovani adulti; (4) lavoro di gruppo per coesione e turn-taking ritmico

Belting

Tecnica di vocalità intensificata nel registro medio alto con aumento di pressione subglottica e inclinazione della cartilagine cricoidea; richiede gestione avanzata del "twang" e sostegno respiratorio. (Kayes, 2004)

Best Practice

La best practice (o buona prassi) rappresenta l'insieme di procedure, metodologie, processi e interventi che, sulla base di un solido consenso professionale e di evidenze scientifiche rigorose, sono riconosciuti come la modalità più efficace, efficiente e sicura per raggiungere un determinato obiettivo clinico o formativo in un contesto specifico.

Nella musicoterapia, le best practice emergono dall'integrazione di tre fonti principali: la ricerca scientifica di alta qualità, l'esperienza clinica consolidata di professionisti esperti, e il feedback sistematico degli utenti. Non si tratta semplicemente di linee guida statiche, ma di standard dinamici che evolvono con l'avanzamento delle conoscenze e vengono periodicamente rivalutati e aggiornati attraverso processi di revisione sistematica.

L'implementazione delle best practice garantisce non solo l'efficacia degli interventi, ma anche l'uso ottimale delle risorse disponibili, la riduzione della variabilità inappropriata nella pratica clinica, e una maggiore accountability professionale. In contesti sanitari e educativi, l'aderenza a queste pratiche costituisce un importante indicatore di qualità e un elemento fondamentale per lo sviluppo di servizi di musicoterapia sostenibili e riconosciuti.

(Harris et al., 2004)

BIA (Budget Impact Analysis)

Valutazione economica che stima la variazione netta di spesa per un ente finanziatore (ASL, fondazione, scuola, ecc.) quando introduce o amplia un intervento, calcolando costi aggiuntivi e risparmi anno per anno su un orizzonte breve-medio (1-5 anni). A differenza dell'analisi costo-efficacia, (CEA) che mette in rapporto spesa e beneficio clinico, la BIA risponde alla domanda gestionale: "Quanto cambierà il nostro bilancio se adottiamo questo programma di musicoterapia?" Comprende cinque passi:

- (1) definizione della popolazione eleggibile;
- (2) scenario di riferimento senza intervento;
- (3) costi diretti del nuovo servizio;
- (4) risparmi o extra-costi indotti (es. meno farmaci, meno giornate di ricovero);
- (5) proiezione del saldo di budget per ogni anno.

Il risultato – presentato in tabelle e grafici – aiuta i policy-maker a decidere se l'intervento è sostenibile all'interno dei propri vincoli finanziari.

Bias implicito

Il bias implicito (pregiudizio inconscio) è un meccanismo psicologico attraverso cui la nostra mente, in modo automatico e inconscio, associa determinate caratteristiche a persone o gruppi sociali, portandoci a preferire o discriminare qualcuno senza che ne siamo consapevoli. Questi pregiudizi si formano sulla base di esperienze passate, stereotipi sociali, rappresentazioni mediatiche e condizionamenti culturali, e possono riguardare l'etnia, il genere, l'orientamento sessuale, la religione, il ceto sociale e altri tratti.

A differenza dei pregiudizi espliciti, che sono consapevoli e deliberati, i bias impliciti operano al di sotto del livello di coscienza e possono influenzare le nostre decisioni, i nostri comportamenti e le nostre interazioni anche se crediamo di essere giusti e imparziali

Body Percussion

Tecnica di produzione sonora mediante parti del corpo (mani, piedi, torace, dita) che integra movimento, ritmo e propriocezione, utile per l'autoregolazione e l'inclusione di utenti con limitato accesso a strumenti convenzionali.

Body Scan Sonoro

Il body scan sonoro è un protocollo di consapevolezza corporea guidata che integra la scansione mindful "dalla testa ai piedi" con la percezione – esterna e interna – del suono e della vibrazione. Rispetto al body-scan usato in mindfulness, qui il focus attentivo è veicolato da stimoli acustico-vibrotattili (voce, humming, diapason, singing bowl, micro-body-percussion, suoni d'ambiente) che "illuminano" successivamente le varie parti del corpo, permettendo al sistema nervoso di registrare, modulare e integrare le sensazioni intero- ed esteroceettive.

Boundaries

Riguardano i limiti professionali e personali: ruoli (chi è terapeuta, chi è cliente), contatti fuori seduta (telefonate, social media), uso del tocco, confidenzialità, gestione dei doni, regolazione della distanza emotiva. I boundaries proteggono entrambe le parti da invasioni di campo, dipendenza o violazioni etiche, garantendo una relazione di aiuto equilibrata e rispettosa.

BPM (Beats Per Minute)

Unità di misura che indica quanto spesso si verifica un evento ritmico in un minuto. Nel linguaggio musicale corrisponde al tempo del brano: 60 BPM = un battito al secondo (lento), 120 BPM $\approx$ due battiti al secondo (moderato), 160 BPM e oltre (veloce).

Break-even point (punto di pareggio)

Livello di produzione o di erogazione di un servizio in cui ricavi totali = costi totali: l'utile netto è zero, quindi il progetto smette di generare perdite e comincia, oltre quella soglia, a produrre margine positivo.

- Costi fissi: spese indipendenti dal numero di prestazioni (affitto, assicurazioni, licenze, ammortamenti).
- Costi variabili: spese che crescono insieme alle prestazioni (materiali di consumo, compensi orari, royalty musicali).

Utilità clinico-gestionale:

- valutare la sostenibilità economica di un laboratorio o di un progetto finanziato tramite grant/crowdfunding;
- fissare tariffe o volumi minimi di attività che garantiscano copertura dei costi;
- negoziare con stakeholder mostrando quando e come l'intervento diventa autosufficiente.

Business plan

In italiano piano d'impresa / piano aziendale

Documento strategico che descrive, in modo strutturato e numericamente fondato, come un'idea di progetto o di impresa verrà realizzata, sostenuta economicamente e portata a redditività. Di norma contiene:

- Sintesi esecutiva – visione, obiettivi, proposta di valore.
- Analisi di mercato – contesto, target, competitor, bisogni non coperti.
- Modello di business – flussi di ricavi, canali di vendita, politiche di prezzo.
- Piano operativo – risorse, attività chiave, tempistiche, partnership.
- Organizzazione & team – ruoli, competenze, struttura giuridica.
- Piano marketing e comunicazione – strategie di promozione, branding, user engagement.
- Proiezioni finanziarie – conto economico, cash-flow, stato patrimoniale prospettici, break-even point.
- Analisi dei rischi e strategie di mitigazione.

Nel contesto della musicoterapia un business plan serve, ad esempio, per:

- aprire uno studio privato o un ambulatorio integrato;
- presentare un progetto di grant o di crowdfunding dimostrando sostenibilità a medio termine;
- negoziare partnership con scuole, case di cura, fondazioni o investitori etici.

Call and Response

Forma musicale basata su alternanza fra frase-stimolo e frase-risposta; utilizzata per facilitare engagement, regolazione ritmica e coesione di gruppo.

Case-conference

In Italiano: riunione di caso. Incontro strutturato – solitamente interdisciplinare – in cui i professionisti coinvolti nella presa in carico di un utente si riuniscono per condividere informazioni cliniche, discutere criticità e concordare un piano d'azione comune (obiettivi, responsabilità, tempi di verifica). È lo strumento formale di coordinamento e decisione nei casi che richiedono integrazione di competenze sanitarie, educative o sociali.

Case Management

In italiano: gestione del caso. Il Case Management è un processo collaborativo di assessment, pianificazione, facilitazione, coordinamento e advocacy per servizi e risorse che risponde ai bisogni sociosanitari complessi di individui attraverso la comunicazione e le risorse disponibili, promuovendo qualità ed efficienza nei risultati. Questo approccio centrato sulla persona prevede un professionista designato (case manager) che assume la responsabilità di guidare l'utente attraverso un sistema assistenziale spesso frammentato, garantendo continuità, integrazione e personalizzazione del percorso di cura.

Il processo di Case Management si articola tipicamente in sei fasi interconnesse:

- Identificazione e ingaggio dell'utente
- Valutazione multidimensionale dei bisogni
- Sviluppo di un piano assistenziale individualizzato
- Implementazione e coordinamento dei servizi

- Monitoraggio e rivalutazione continui
- Conclusione o transizione

In musicoterapia, il modello del Case Management risulta particolarmente rilevante nei contesti di cura integrata dove il musicoterapeuta può:

- Fungere da case manager per utenti con esigenze espressive-comunicative primarie
- Collaborare con case manager di altre discipline in équipe multidisciplinari
- Contribuire alla valutazione olistica attraverso l'assessment musicoterapico
- Adattare gli interventi in base al piano assistenziale complessivo

La letteratura evidenzia come un efficace Case Management migliori significativamente gli esiti clinici, riduca le ospedalizzazioni improprie e aumenti la soddisfazione degli utenti, specialmente nelle popolazioni con bisogni complessi e cronici (Ross et al., 2011).

Case-mapping

Rappresentazione grafica della rete di cura di un utente: un diagramma che visualizza tutte le persone, i servizi e le relazioni (paziente, familiari, scuola, fisioterapia, logopedia, servizi sociali, volontariato, contatti, flussi informativi, risorse) coinvolti nel percorso terapeutico. Serve a individuare nodi critici, sovrapposizioni o lacune, facilitando coordinamento interdisciplinare e pianificazione della dimissione.

CASP (Critical Appraisal Skills Programme)

Serie di strumenti e checklist sviluppati per valutare sistematicamente la qualità metodologica degli studi di ricerca. Utile per musicoterapeuti che vogliono adottare un approccio evidence-based alla pratica clinica. (CASP, 2018)

CBMT (Certification Board for Music Therapists)

Ente statunitense che certifica la competenza dei musicoterapeuti attraverso l'esame MT-BC e definisce domini professionali aggiornati ogni cinque anni. (CBMT, 2020)

CC-BY (Creative Commons Attribution)

Licenza di diritto d'autore che permette la condivisione e l'adattamento del materiale, purché venga dato credito all'autore originale. Rilevante per la condivisione di materiali clinici e di ricerca in musicoterapia. (Creative Commons, 2017)

CEA (Cost-Effectiveness Analysis)

Metodologia di valutazione economica che confronta costi e risultati di interventi alternativi per determinare quale offra il migliore rapporto tra investimento e benefici. Crescentemente applicata alla musicoterapia in contesti sanitari. (Drummond et al., 2015)

Change agent

In italiano: agente del cambiamento. Professionista che, oltre a erogare interventi, assume la responsabilità di promuovere, facilitare e consolidare innovazioni – cliniche, organizzative o culturali – all'interno del servizio o della comunità in cui opera. In pratica:

- Individua bisogni di miglioramento attraverso audit clinici, feedback PROM/PREM, analisi BIA.
- Sviluppa una visione condivisa: traduce evidenze scientifiche e linee guida internazionali in obiettivi concreti, rilevanti per pazienti, colleghi e stakeholder.
- Mobilita risorse e alleanze: coordina équipe multidisciplinari, negozia con i decisori, reperisce finanziamenti (grant, impact investment, crowdfunding).
- Sperimenta, supporta, valuta: pilota nuovi protocolli (p. es. adaptive-tempo RAS), supervisiona l'adozione, misura esiti clinici ed economici, adatta il percorso in base ai dati.
- Consolida e dissemina: formalizza procedure, produce linee guida interne, pubblica risultati, favorendo la sostenibilità del cambiamento.

Essere change agent richiede competenze di leadership trasformativa, comunicazione interculturale, project-management e capacità di tradurre l'evidenza in pratica (knowledge translation).

Chant Intonation

In italiano: intonazione cantata.

Consiste nel trasformare la frase parlata in due sole altezze (tipicamente una tonica e una terza), articolandola in sillabe isocrone come una breve "cantilena". Funziona più della parola parlata perché sfrutta la via destra cortico-sottocorticale implicata nell'elaborazione melodica e bypassa temporaneamente le aree linguistiche danneggiate. È la versione semplificata di Melodic Intonation Therapy.

Chanting

È la ripetizione ritmica di sillabe, parole o brevi frasi melodizzate. Può richiamare tradizioni liturgiche (mantra, salmodia, kirtan) oppure essere creato ad hoc su materiale verbale significativo per il paziente. Guidare il chanting implica stabilire un ostinato vocale o percussivo, mantenere il tempo con il respiro, invitare il cliente a unirsi o a guidare a sua volta, e modulare intensità e durata per raggiungere obiettivi di sincronizzazione respiratoria, induzione di trance leggera, coesione di gruppo o espressione emotiva amplificata.

Ciclo di apprendimento esperienziale di Kolb

schema dinamico, in quattro fasi ricorsive, che descrive come un'esperienza si trasformi in apprendimento profondo quando viene esplorata da prospettive multiple. David A. Kolb lo pubblica nel 1984 come sintesi delle teorie di Dewey, Lewin e Piaget, e lo definisce il "processo mediante il quale la conoscenza viene creata attraverso la trasformazione dell'esperienza".

Nel *Piano di Sviluppo Professionale* (PSP) il modello è presentato come terzo pilastro insieme a Growth Mindset e Appreciative Inquiry

Le quattro fasi, viste da vicino

1. Esperienza concreta (Concrete Experience)
Il musicoterapeuta vive un evento reale: ad esempio conduce una drum-circle con adolescenti e nota un momento di conflitto sonoro.

2. Osservazione riflessiva (Reflective Observation)
A posteriori registra ciò che ha funzionato o meno, includendo emozioni proprie e del gruppo. Qui l'attenzione passa dal "fare" al "guardare".
3. Concettualizzazione astratta (Abstract Conceptualization)
Collega le osservazioni a modelli teorici (p. es. le fasi *Storming/Norming* di Tuckman o gli indici di coesione sociometrica). Nasce una spiegazione generalizzabile.
4. Sperimentazione attiva (Active Experimentation)
Formula un piano per la prossima sessione – magari introdurre micro-leadership rotanti – e lo mette in pratica, innescando una nuova esperienza concreta che riavvia il ciclo.

Caratteristiche chiave

- Spirale, non cerchio chiuso: ogni giro alza il livello di competenza perché integra nuovi insight e feedback reali.
- Equilibrio tra azione e riflessione: saltare la fase 2 o 3 porta a ripetere errori; restare bloccati nella riflessione paralizza l'innovazione.
- Apprendimento situato: il sapere nasce nella pratica e ritorna alla pratica, rendendo il modello prezioso per professionisti "craft-based" come i musicoterapeuti.

Collegamenti con gli altri motori del PSP

- Growth Mindset offre la spinta motivazionale a interpretare errori come dati, sostenendo il passaggio dalla fase 1 alla 2.
- Appreciative Inquiry alimenta la fase 3 perché fornisce un repertorio di successi da cui estrarre principi e risorse.
- La riflessione finale prevista nel PSP è il momento consapevole di chiusura del loop, che produce insight e prepara la sperimentazione successiva

Perché importa nel piano di sviluppo

Integrare il ciclo di Kolb garantisce che ogni obiettivo del PSP non si esaurisca in un elenco di task, ma diventi un laboratorio iterativo di miglioramento clinico: sperimento, osservo, astraggo, re-sperimento. In questo modo la crescita professionale rimane viva, adattiva e scientificamente fondata.

Ciclo di traduzione del CIHR

Modello sviluppato dal Canadian Institutes of Health Research per descrivere le fasi dinamiche della Traduzione della Conoscenza, dalla produzione di evidenze alla loro implementazione sostenibile nella pratica. (Canadian Institutes of Health Research [CIHR], 2012)

Circle Singing

Improvvisazione corale a strati ciclici guidata da un facilitatore che crea pattern estemporanei; promuove coesione e leadership distribuita.

Cis-eteronormatività

La cis-eteronormatività è l'idea che esistano solo due generi (uomo e donna) e che l'eterosessualità (l'attrazione tra persone di sesso opposto) sia l'unico orientamento "normale" o accettato. Questo modo di pensare esclude o

marginalizza chi ha un'identità di genere diversa da quella assegnata alla nascita (persone trans*, non binarie, ecc.) e chi non è eterosessuale (omosessuali, bisessuali, ecc.). La cis-eteronormatività si riflette nelle aspettative sociali, nelle leggi, nei modelli familiari e nei linguaggi che danno per scontato che tutti siano cisgender ed eterosessuali, rendendo invisibili o discriminando le altre realtà

Citizen science (

In italiano: scienza partecipata. Coinvolgimento attivo di cittadini non professionisti nelle diverse fasi del processo di ricerca: ideazione delle domande, raccolta e validazione di dati, analisi preliminare, diffusione e applicazione dei risultati. Obiettivo: ampliare la portata degli studi, accrescere la rilevanza sociale e democratizzare la produzione di conoscenza. In musicoterapia può tradursi, ad esempio, in caregiver che registrano diari sonori per studi longitudinali o in gruppi di utenti che co-sviluppano app per monitorare gli effetti quotidiani della pratica musicale.

Client centered

Nel contesto italiano, client centered si traduce come centrato sul cliente oppure, più comunemente, centrato sulla persona (person-centered), secondo la tradizione della psicoterapia umanistica di Carl Rogers.

Un approccio client centered (centrato sul cliente/persona) è un modello terapeutico in cui il cliente è posto al centro del processo: i suoi bisogni, le sue esperienze, le sue scelte e i suoi obiettivi guidano l'intervento. Il terapeuta adotta un atteggiamento non direttivo, empatico e accogliente, creando uno spazio sicuro in cui la persona si senta ascoltata, valorizzata e rispettata.

Caratteristiche principali:

- Ascolto attivo e non giudicante: Il terapeuta si impegna ad ascoltare profondamente il cliente, senza giudicare né interpretare, ma accogliendo ogni espressione come significativa.
- Empowerment e autonomia: L'obiettivo è promuovere l'autonomia, la crescita personale e la capacità del cliente di trovare le proprie soluzioni, piuttosto che proporre risposte precostituite.
- Collaborazione: Il percorso è co-costruito, con il cliente attivamente coinvolto nelle scelte e nelle direzioni della terapia.
- Validazione e rispetto: Le esperienze, le emozioni e le preferenze del cliente sono riconosciute e rispettate come centrali nel processo terapeutico, indipendentemente dal livello di competenza musicale o di altri fattori.

In musicoterapia, un approccio client centered significa che le attività, le scelte musicali e il ritmo del percorso sono adattati alle esigenze e alle preferenze della persona, favorendo espressione, partecipazione attiva e senso di agency

Client-centered design / user-centered design

Approccio progettuale in cui esigenze, abilità, valori e contesto d'uso del cliente (paziente, gruppo o comunità) guidano tutte le fasi di sviluppo di strumenti musicali, interfacce o protocolli digitali.

Clinical risk management

La gestione del rischio clinico (clinical risk management) è il processo sistematico volto a identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi che possono portare a eventi avversi per i pazienti durante l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Questo approccio mira a:

- prevenire gli errori e ridurre la probabilità che si verifichino eventi dannosi,
- imparare dagli errori e dagli eventi avversi per migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza,
- promuovere una cultura organizzativa orientata alla prevenzione e alla gestione proattiva dei rischi,
- coinvolgere tutti gli operatori nella segnalazione, analisi e gestione dei rischi,
- istruire pazienti, familiari e operatori su come riconoscere e prevenire i rischi

Cluster

Nel presente manuale, insieme coerente di competenze operative raggruppate per finalità funzionale. Equivale ai "Domains" di CBMT o alle "Areas" del framework EMTC.

Color- blind

"Color-blind" è l'idea che per essere giusti bisogna ignorare le differenze razziali, ma questa posizione è oggi considerata problematica perché non aiuta a riconoscere e correggere le disuguaglianze reali presenti nella società e nei setting clinici

Community Music Therapy (CMT)

Approccio che espande la pratica musicoterapica oltre il setting clinico tradizionale, valorizzando partecipazione, inclusione e cambiamento sociale. (Stige & Ansdell, 2010)

Continuity of Care (Continuità assistenziale)

La Continuity of Care rappresenta il grado in cui una serie di eventi assistenziali è percepita come coerente, connessa e consistente con i bisogni della persona, garantendo coordinamento e integrazione delle cure nel tempo e tra diversi setting e professionisti. Questo concetto multidimensionale si articola in tre dimensioni fondamentali:

- Continuità informativa: trasferimento efficace di informazioni cliniche e preferenze personali tra episodi di cura
- Continuità gestionale: approccio coerente e coordinato tra diverse figure professionali e organizzazioni
- Continuità relazionale: relazione terapeutica duratura con uno o più professionisti che fornisce un "filo conduttore" nell'esperienza assistenziale

In musicoterapia, la continuità assistenziale assume particolare rilevanza nei percorsi di cura complessi che attraversano diversi contesti (ospedale, riabilitazione, domicilio, ambulatorio) e nelle transizioni critiche del ciclo di vita. Il musicoterapeuta contribuisce alla continuità assistenziale attraverso documentazione dettagliata, collaborazione interdisciplinare, trasmissione di

strumenti e strategie musicali ai caregiver, e mantenimento di una relazione terapeutica stabile che può fungere da "ponte" tra diverse fasi del percorso. La ricerca evidenzia come una forte continuità assistenziale sia associata a maggiore soddisfazione del paziente, migliore aderenza ai trattamenti, riduzione delle ospedalizzazioni e utilizzo più appropriato dei servizi sanitari (Haggerty et al., 2003).

Controller adattivi

I controller adattivi sono dispositivi di input progettati per essere altamente personalizzabili, pensati in particolare per utenti con mobilità ridotta. Ad esempio, il Xbox Adaptive Controller consente di collegare vari dispositivi esterni come interruttori, pulsanti, joystick e altri accessori assistivi, permettendo così a ciascun utente di configurare il controller secondo le proprie capacità e preferenze

Consenso informato

Procedura legale ed etica che garantisce al paziente, o al suo tutore, di ricevere informazioni comprensibili su finalità, modalità, rischi e benefici dell'intervento prima di accettarlo liberamente. (GDPR art. 4; WFMT 8.1)

CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials)

Linee guida internazionali per la stesura di report su trial clinici randomizzati, pensate per migliorare la trasparenza e la completezza della reportistica scientifica. Applicabili alla ricerca sperimentale in musicoterapia.

Come è strutturato il CONSORT?

- a) Checklist: Una lista di 25 punti che copre tutti gli aspetti fondamentali da riportare in un trial randomizzato: titolo, introduzione, metodi (randomizzazione, campione, interventi, outcome), risultati, discussione, limiti, finanziamenti, ecc.
- b) Diagramma di flusso: Un diagramma che mostra il percorso dei partecipanti durante tutte le fasi dello studio (reclutamento, assegnazione ai gruppi, follow-up, analisi).
- c) Documento "Explanation and Elaboration": Spiega in dettaglio ogni punto della checklist, con esempi pratici e motivazioni metodologiche.

Perché è importante anche in musicoterapia?

Le linee guida CONSORT sono applicabili anche alla ricerca sperimentale in musicoterapia, dove la trasparenza nella descrizione del campione, degli interventi musicali, delle modalità di randomizzazione e degli outcome è fondamentale per la credibilità scientifica e la replicabilità degli studi. (Moher et al., 2010)

Co-regolazione corporeo-musicale

La co-regolazione è un processo relazionale in cui due o più persone modulano e sincronizzano reciprocamente i propri stati emotivi, fisiologici e comportamentali. In ambito musicoterapico, questo avviene attraverso l'interazione musicale e corporea: il terapeuta e il paziente (o i membri di un gruppo) si influenzano a vicenda tramite suoni, ritmo, gesti, movimenti e

presenza corporea, creando un dialogo non verbale che favorisce la regolazione condivisa delle emozioni e dei comportamenti

Cost effectiveness

Espressione che indica quanto un intervento riesce a raggiungere un risultato clinico specifico in rapporto alle risorse spese per ottenerlo

CPD (Continuing Professional Development)

La Formazione Professionale Continua (*Continuing Professional Development*) è il processo intenzionale, sistematico e documentabile attraverso cui un professionista mantiene, amplia e approfondisce nel tempo le proprie competenze, conoscenze e attitudini, in risposta all'evoluzione della disciplina, dei bisogni dell'utenza e del contesto operativo.

Nel campo della musicoterapia, il CPD comprende attività cliniche, formative, riflessive e di ricerca che promuovono un apprendimento permanente, eticamente fondato e scientificamente aggiornato. Il CPD può includere corsi, supervisione, autoformazione, partecipazione a conferenze, produzione scientifica, pratiche riflessive, revisione tra pari o contributi alla comunità professionale.

Ogni percorso di CPD dovrebbe essere pianificato attraverso strumenti come il Piano di Sviluppo Professionale (PSP) e supportato da evidenze osservabili (KPI), in linea con i requisiti di qualità e accountability richiesti dagli standard nazionali e internazionali di certificazione professionale.

Critical appraisal

La valutazione critica/analisi critica è il processo sistematico di esame e analisi approfondita di uno studio scientifico (articolo, ricerca, revisione) per giudicarne la qualità metodologica, la validità, la rilevanza e l'applicabilità dei risultati.

Durante la valutazione critica, il lettore esperto:

verifica se lo studio è stato condotto in modo rigoroso e trasparente;

valuta la presenza di bias (distorsioni), limiti metodologici o errori;

giudica se i risultati sono affidabili e se possono essere applicati nella pratica clinica o nella ricerca.

La valutazione critica è una fase fondamentale della medicina basata sulle evidenze (evidence-based practice), perché permette di distinguere tra studi di alta e bassa qualità e di prendere decisioni informate.

CRP (Conflict Resolution Process)

Metodologia strutturata per la gestione e risoluzione dei conflitti, che in contesti musicoterapici di gruppo può essere facilitata attraverso tecniche musicali interattive e comunicative. (Pavlicevic, 2010)

Crowdfunding

Modalità di raccolta fondi in cui numerosi donatori—spesso micro-contributori—sostengono online un progetto, di solito tramite piattaforme dedicate (Kickstarter, GoFundMe, Produzioni dal Basso). Prevede una narrazione persuasiva (video, storytelling), obiettivi economici trasparenti, ricompense simboliche o materiali e aggiornamenti periodici ai sostenitori. In ambito musicoterapia può coprire costi di studi pilota, acquisto di strumenti adattati o

borse di accesso per famiglie non abbienti. Diversamente dal grant, non impone rigide call istituzionali ma richiede una forte strategia di comunicazione e community-building.

CUA (Cost-Utility Analysis)

Tipo di valutazione economica sanitaria che utilizza l'anno di vita aggiustato per la qualità (QALY) come misura di outcome, permettendo confronti tra interventi in diversi ambiti sanitari, inclusa la musicoterapia. (Drummond et al., 2015)

Cue (audiovisual cue)

Cue / Segnale – stimolo breve e mirato (uditivo, visivo o tattile) che funge da “indicazione d’ingresso” per avviare, fermare o modulare un’azione specifica.

Cultura di self-care vocale

Abitudine condivisa, promossa dal musicoterapeuta esperto, a proteggere e potenziare la salute della voce di tutti i membri dell'équipe (musicoterapisti, educatori, fisioterapisti, insegnanti, OSS). Significa fornire il buon esempio con riscaldamento, defaticamento e idratazione regolari; diffondere conoscenze di igiene vocale tramite micro-formazioni e materiali di facile consulto; integrare brevi pause o esercizi di semi-occlusione nelle routine di lavoro; sensibilizzare la direzione perché pianifichi carichi parlati sostenibili e predisponga ambienti fonocentrici (acustica adeguata, postazioni acqua). L'obiettivo è ridurre disfonie da sovraccarico, garantire continuità terapeutica e rafforzare il benessere professionale collettivo.

Cultural humility

L'umiltà culturale è un approccio e una pratica che consiste nel mantenere un atteggiamento aperto, rispettoso e autocritico nei confronti delle differenze culturali tra individui e comunità. A differenza della “competenza culturale”, che mira a raggiungere una certa padronanza delle conoscenze su altre culture, l'umiltà culturale sottolinea che non si può mai conoscere tutto di una cultura diversa dalla propria e che l'apprendimento è un processo continuo e senza fine

Cultural safety

Cultural safety significa garantire che ogni persona si senta rispettata, accolta e al sicuro nella propria identità culturale durante l'intervento musicoterapico. Non basta evitare discriminazioni: bisogna creare uno spazio in cui ciascuno possa esprimere liberamente la propria cultura, lingua, valori e credenze, senza sentirsi giudicato o marginalizzato

Culture-Centered Music Therapy

In italiano: musicoterapia centrata sulla cultura. La Culture-Centered Music Therapy rappresenta un approccio teorico-metodologico che riconosce la centralità della dimensione culturale nell'esperienza umana e nella pratica musicoterapica. Sviluppato principalmente da Brynjulf Stige (2002), questo paradigma supera la visione universalistica della musica come "linguaggio universale", riconoscendo invece che i significati, le pratiche e le esperienze musicali sono profondamente radicate in contesti culturali specifici.

Dance-play

Gioco-danza – format esperienziale ibrido fra danza e gioco ritmico che stimola spontaneità motoria, socialità e piacere estetico; usato in contesti educativi e riabilitativi.

Dataset

Un dataset è una raccolta strutturata di dati, organizzata secondo criteri precisi, che può essere utilizzata per analisi statistiche, ricerca scientifica, machine learning o altre applicazioni.

I dati all'interno di un dataset sono tipicamente disposti in tabelle (righe e colonne), dove ogni riga rappresenta un'osservazione (ad esempio, un paziente, un esperimento, una misurazione) e ogni colonna rappresenta una variabile o un attributo (es. età, sesso, risultato di un test).

DAW (Digital Audio Workstation)

Software per la registrazione, l'editing e la produzione di audio digitale. In musicoterapia è utilizzato per la documentazione delle sessioni, la creazione di materiale personalizzato per i pazienti e la produzione di progetti creativi. (Izhaki, 2013; Magee, 2019)

dB(A)

Detto anche decibel pesato A, è una misura che applica un filtro chiamato “curva di ponderazione A” al segnale sonoro. Questo filtro simula la risposta dell'orecchio umano, che è più sensibile alle frequenze medie (circa tra 1.000 e 4.000 Hz) e meno a quelle molto basse o molto alte. Il valore in dB(A) quindi rappresenta meglio la percezione reale del rumore da parte delle persone rispetto al semplice valore in dB. In sintesi potremmo dire che dB(A) è una misura dell'intensità sonora che tiene conto della sensibilità dell'orecchio umano alle diverse frequenze, tramite la curva di ponderazione A

De-escalation

Intervento intenzionale volto a interrompere o invertire la progressione di uno stato di sovra-attivazione emotiva, fisiologica o comportamentale prima che sfoci in crisi conclamata. Nella pratica musicoterapica consiste nel modulare – con rapidità e gradazione – stimoli sonori, prosodia, ritmo, postura e spazio per riportare il sistema nervoso del paziente entro la “finestra di tolleranza” (arousal gestibile)

Debriefing (post-sessione)

Momento strutturato di riflessione verbale e/o scritta che segue un'attività musicale di gruppo, finalizzato a integrare l'esperienza e consolidare gli apprendimenti. (Krueger, 2015)

DEI (Diversity, Equity, Inclusion)

Il DEI rappresenta un paradigma etico-operativo fondato su tre principi interconnessi che orientano le politiche e le pratiche organizzative verso la giustizia sociale e il riconoscimento della pluralità umana:

- i. Diversity (Diversità): Riconosce e valorizza le molteplici dimensioni dell'identità umana – culturali, etniche, linguistiche, di genere,

orientamento sessuale, abilità, età, background socioeconomico e prospettive cognitive. In musicoterapia, implica la consapevolezza che le esperienze musicali, le preferenze sonore e le risposte agli interventi sono profondamente influenzate da questi fattori identitari.

- ii. Equity (Equità): Va oltre il concetto di uguaglianza formale, riconoscendo che persone diverse necessitano di risorse e supporti differenziati per accedere alle stesse opportunità. Nell'ambito musicoterapico, si traduce nella progettazione di interventi personalizzati che compensano barriere sistemiche e considerano le specificità culturali, le risorse economiche e le esigenze particolari di ciascun utente.
- iii. Inclusion (Inclusione): Promuove la creazione di ambienti in cui ogni persona si sente rispettata, valorizzata e pienamente partecipante. In musicoterapia, comporta l'adozione di metodologie che facilitano l'espressione autentica di tutte le voci, evitando l'imposizione di modelli sonori dominanti e creando spazi musicali sicuri dove le differenze diventano risorse creative.

L'integrazione di questi principi nella pratica musicoterapica richiede un processo di apprendimento continuo e riflessione critica sulle proprie posizioni privilegiate, sui bias impliciti e sulle strutture di potere che influenzano le relazioni terapeutiche. Il framework DEI invita i musicoterapeuti a sviluppare competenze interculturali, adattare metodologie e repertori, e difendere l'accessibilità dei servizi per popolazioni marginali o sottoservite, contribuendo così a una trasformazione sistemica verso contesti terapeutici ed educativi più giusti e rappresentativi.

Organizzazioni professionali come AMTA ed EMTC hanno sviluppato negli ultimi anni linee guida specifiche per l'implementazione di questi principi nella formazione, nella supervisione e nella pratica clinica della musicoterapia (Hadley, 2007; Shore et al., 2011; AMTA, 2019).

Disegno di ricerca longitudinale

Un disegno di ricerca longitudinale è un approccio metodologico che prevede la raccolta di dati sugli stessi soggetti o gruppi in più momenti temporali, al fine di analizzare l'evoluzione di variabili, comportamenti o fenomeni nel tempo. Questo tipo di studio permette di identificare cambiamenti, tendenze, relazioni causali e processi dinamici che non sono rilevabili con disegni trasversali (che misurano le variabili in un unico momento).

Discharge Planning

In italiano: pianificazione della dimissione. Il Discharge Planning è un processo strutturato e collaborativo che prepara sistematicamente il passaggio di una persona da un livello assistenziale ad un altro - tipicamente dall'ospedale al domicilio o ad un'altra struttura di cura - garantendo continuità terapeutica, sicurezza e supporto adeguato. Questo processo inizia idealmente già al momento dell'ammissione e coinvolge un team multidisciplinare che valuta bisogni attuali e futuri, coordina servizi, risorse e supporti necessari, ed educa paziente e caregiver sulle competenze di autocura.

In musicoterapia, il Discharge Planning presenta specificità significative:

- Valutazione delle risorse musicali: identificazione di pratiche musicali sostenibili che il paziente può continuare autonomamente (playlist personalizzate, canto familiare, gruppi musicali comunitari)
- Transizione graduale: riduzione progressiva dell'intensità dell'intervento musicoterapico con parallelo empowerment dell'uso personale della musica
- Formazione di caregiver: addestramento di familiari o operatori all'uso di tecniche musicali semplici per gestire sintomi o facilitare rituali quotidiani
- Follow-up musicale: pianificazione di sessioni di rinforzo periodiche per monitorare e sostenere l'integrazione delle risorse musicali nella vita quotidiana

Un Discharge Planning efficace riduce significativamente i tassi di riammissione, migliora gli esiti clinici e aumenta la soddisfazione di pazienti e famiglie, rappresentando un elemento cruciale della qualità assistenziale e dell'efficienza dei sistemi sanitari. (Gonçalves-Bradley et al., 2016)

Dossier di grant

Documento strutturato con cui si candidano progetti a fondi pubblici o privati (ministeri, fondazioni, programmi UE, enti di ricerca). Comprende: abstract, quadro dei bisogni, obiettivi SMART, metodologia, competenze del team, piano di valutazione, budget dettagliato, cronogramma Gantt e strategie di disseminazione. Nel contesto musicoterapico serve a ottenere risorse per ricerca clinica, acquisto di strumentazione, borse per utenze fragili o programmi di formazione. Richiede rispetto delle linee guida dell'ente erogatore (call for proposals) e uso di parametri clinimetrici per dimostrare impatto atteso.

DRG (Diagnosis-Related Group)

Sistema di classificazione che raggruppa i pazienti in base alla diagnosi, ai trattamenti e all'età, utilizzato per determinare il rimborso delle prestazioni ospedaliere. Conoscerlo è rilevante per i musicoterapeuti che operano in ambito sanitario pubblico. In Italia, viene chiamato Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi (ROD), ma la sigla internazionale DRG è comunemente utilizzata anche nella normativa e nella pratica clinica italiana. Il DRG è la base del sistema di rimborso delle prestazioni ospedaliere nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN): ogni ricovero viene attribuito a un DRG specifico tramite la compilazione della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), e il rimborso alle strutture ospedaliere (pubbliche e private accreditate) avviene sulla base di una tariffa predefinita per ciascun DRG, che riflette la complessità e il consumo di risorse del caso trattato.

Drum Circle

Evento di percussione collettiva facilitato in modo non direttivo, in cui i partecipanti co-creano pattern ritmici condivisi; in contesto clinico favorisce coesione, espressione e regolazione del tono dell'umore. (Hull, 2006)

Dual Relationship

In ambito clinico e musicoterapico, una dual relationship si verifica quando tra terapeuta e utente si instaurano rapporti multipli che vanno oltre la relazione terapeutica formale. Ad esempio, se il terapeuta ha con l'utente anche un rapporto di amicizia, parentela, collaborazione lavorativa o altro tipo di legame

extra-terapeutico. Queste situazioni possono generare conflitti di interesse, compromettere la neutralità, la qualità dell'intervento e la sicurezza della relazione terapeutica. I codici deontologici raccomandano di evitare o gestire con estrema cautela le relazioni duali, privilegiando sempre la tutela dell'utente

Dysregulation

Con il termine disregolazione si intende una difficoltà o incapacità nel regolare e modulare le proprie emozioni, comportamenti o funzioni fisiologiche in modo adattivo rispetto al contesto.

Nel caso specifico della *disregolazione emotiva*, il termine indica:

- la difficoltà a riconoscere, comprendere e gestire le proprie emozioni,
- la tendenza a reagire in modo eccessivo o inadeguato agli stimoli emotivi,
- l'incapacità di riportare le emozioni a livelli tollerabili dopo che si sono attivate,
- la difficoltà a controllare impulsi e comportamenti associati a emozioni intense, sia positive che negative,
- problemi nel mantenere l'attenzione e la concentrazione in presenza di forti emozioni.

La disregolazione può manifestarsi con oscillazioni emotive estreme, impulsività, comportamenti disadattivi (come l'autolesionismo), o senso di vuoto e ottundimento emotivo. È un fenomeno centrale in diversi disturbi psicopatologici, come il disturbo borderline di personalità, ma può essere presente anche in depressione, ansia, ADHD e altri disturbi

EBP (Evidence-Based Practice)

Integrazione della migliore evidenza di ricerca disponibile con l'expertise clinica e le preferenze/persona del paziente per prendere decisioni terapeutiche informate. (Sackett et al., 1996)

EDMF (Ethical Decision-Making Framework)

L'Ethical Decision-Making Framework è uno strumento pratico sviluppato dal Project Management Institute (PMI) e adottato anche in altri contesti professionali per guidare i professionisti nell'affrontare dilemmi etici complessi che vanno oltre la semplice applicazione delle leggi o dei regolamenti. Un dilemma etico è una situazione in cui due o più valori entrano in conflitto, senza che uno prevalga chiaramente sull'altro. L'EDMF aiuta a navigare queste situazioni attraverso una sequenza strutturata di domande e passaggi che favoriscono la riflessione critica e la scelta consapevole dell'azione più etica.

L'EDMF non è una lista rigida di regole, ma una guida flessibile che accompagna il professionista attraverso alcune fasi fondamentali:

- Valutazione del problema etico:
Raccogliere tutte le informazioni rilevanti, identificare i valori in gioco e verificare la coerenza con le leggi, i codici etici professionali (sia propri che dell'organizzazione o del cliente) e i propri valori personali.
- Esplorazione delle alternative:
Elencare le possibili opzioni di azione, valutando pro e contro di ciascuna alternativa.
- Riflessione sulle conseguenze:

Considerare l'impatto delle diverse scelte su tutte le parti coinvolte, anche in relazione ai valori etici e culturali del contesto.

- **Decisione e azione:**
Scegliere l'opzione che meglio risponde ai principi etici fondamentali e agire di conseguenza, assumendosi la responsabilità delle proprie decisioni.
- **Revisione e apprendimento:**
Dopo aver agito, riflettere sull'esito e sul processo decisionale, per migliorare la propria competenza etica nel tempo.

A cosa serve l'EDMF

- Aumenta la consapevolezza etica tra i professionisti.
- Supporta la responsabilità individuale nelle scelte etiche.
- Promuove una cultura organizzativa etica e la coerenza tra valori dichiarati e comportamenti effettivi.
- Può essere utilizzato sia durante il processo decisionale che a posteriori, per verificare la correttezza delle scelte compiute

Effect size

In italiano: dimensione dell'effetto. Misura quantitativa della forza o grandezza di un fenomeno indipendente dalla dimensione del campione.

EGG (Elettroglottografia)

Tecnica non invasiva di misura della variazione di contatto fra le corde vocali attraverso due elettrodi posizionati ai lati del collo. Il segnale EGG restituisce un'onda che descrive apertura e chiusura glottica in tempo reale; parametri derivati (Contact Quotient, Speed Quotient) aiutano a individuare iper- o ipo-adduzione, asimmetrie o incoordinazioni, fornendo dati oggettivi per l'impostazione e la verifica degli esercizi vocali.

EHR (Electronic Health Record)

Acronimo inglese di Cartella Clinica Elettronica, talvolta tradotta anche come Dossier Sanitario Elettronico.

È l'insieme strutturato e longitudinalmente aggiornato di tutti i dati clinici, amministrativi e multimediali relativi a una persona, custodito in formato digitale e reso accessibile – in tempo reale e in modo sicuro – a professionisti autorizzati, servizi sanitari e alla stessa persona assistita. Diversamente da un semplice Electronic Medical Record (EMR), confinato a un singolo ente, l'EHR accompagna il paziente lungo l'intero continuum di cura, collocando ogni episodio (visite, terapie, referti, allegati audio-video) in una vista unitaria e interoperabile.

Embodiment

In italiano: cognizione incarnata. L'embodiment rappresenta un paradigma teorico che supera la tradizionale dicotomia mente-corpo, riconoscendo che i processi cognitivi, emotivi e relazionali emergono dall'interazione dinamica tra cervello, corpo e ambiente. Secondo questa prospettiva, la mente non è un'entità astratta che elabora simboli, ma un sistema integrato che si esprime attraverso l'esperienza corporea e l'azione situata. In musicoterapia, l'approccio embodied riconosce che l'esperienza musicale è intrinsecamente somatica: il suono attraversa e vibra nei corpi, attiva pattern sensomotori, influenza il respiro,

modifica stati fisiologici e modula l'attivazione emotiva. Questa dimensione incarnata della musica è particolarmente significativa negli interventi con persone che presentano difficoltà di accesso alle modalità verbali-simboliche (come nell'autismo, nelle demenze, nei disturbi del neurosviluppo) o disconnessione dalla percezione corporea (come nei disturbi alimentari, post-traumatici o dissociativi). Il musicoterapeuta che lavora in prospettiva embodied presta particolare attenzione ai micro-segnali corporei, alla sincronizzazione ritmica interpersonale, alla prosodia e ai pattern di movimento emersi durante l'improvvisazione, considerandoli non aspetti secondari, ma elementi costitutivi dell'esperienza terapeutica e potenti canali di regolazione, comunicazione e cambiamento. Questo approccio trova solide basi nelle recenti scoperte neuroscientifiche sui neuroni specchio, sui sistemi di risonanza intersoggettiva e sui meccanismi di entrainment sensomotorio.

Le neuroscienze affettive contemporanee (Varela, 1991; Damasio, 2018; Porges, 2011) hanno ulteriormente rafforzato questa prospettiva, dimostrando come emozioni, decisioni e persino ragionamenti astratti siano profondamente radicati nei processi corporei e nell'interazione ecologica con l'ambiente.

Empowerment

In italiano potremmo tradurlo come potenziamento/autonomizzazione

Processo attraverso il quale una persona – o un gruppo – acquisisce maggiore controllo sulle proprie scelte, risorse e azioni, sviluppando senso di auto-efficacia, responsabilità e partecipazione attiva alla vita sociale. Implica tre passaggi chiave:

- Consapevolezza – riconoscere bisogni, diritti e competenze latenti.
- Accesso a risorse – informazioni, strumenti, reti di sostegno che permettano di agire.
- Capacità decisionale – poter influenzare i fattori che condizionano il proprio benessere e quello della comunità.

L'empowerment si applica in ambito sanitario, educativo, sociale, organizzativo: ovunque si lavori per passare da una posizione di dipendenza o marginalità a una di autodeterminazione e voce attiva.

Empowerment comunicativo

È un processo di ampliamento dell'agency relazionale: il terapeuta non si limita a comprendere o interpretare, ma lavora perché l'altro divenga autore e protagonista del proprio discorso sonoro musicale e verbale. (Rolvjord, 2010)

Entrainment

Tendenza di due o più sistemi oscillatori a sincronizzarsi in frequenza e fase; in MT sfruttato per regolare movimenti (RAS) o funzioni fisiologiche (respirazione, battito cardiaco). In riabilitazione motoria indica la sincronizzazione dei pattern motori al beat esterno. (Thaut, 2005)

Equity

Equity si riferisce al principio di equità: cioè, garantire che tutte le persone abbiano accesso a opportunità, risorse e benefici in modo giusto, tenendo conto delle differenze e dei bisogni specifici di ciascuno, piuttosto che offrire a tutti esattamente le stesse cose. Insieme all'umiltà culturale (cultural humility), l'equity comporta un impegno a riconoscere e correggere le disparità legate a

cultura, etnia, status socioeconomico, lingua, genere, orientamento sessuale, abilità e altri fattori che possono influenzare l'accesso e la qualità dei servizi

ESG (Environmental, Social, Governance)

Framework per valutare l'impatto ambientale, sociale e di governance di un'organizzazione. Emergente nell'ambito della valutazione di servizi sanitari e sociali, inclusi i programmi di musicoterapia. (WFMT, 2022)

Expert witness

Un expert witness (perito o consulente esperto) è una persona con competenze specialistiche (in ambito scientifico, tecnico, professionale) che viene chiamata a testimoniare in tribunale o in procedimenti legali per spiegare aspetti complessi e fornire un parere qualificato su questioni tecniche o scientifiche rilevanti per il caso

FAIR (Findable, Accessible, Interoperable, Reusable)

Principi guida per la gestione dei dati scientifici, volti a migliorarne la reperibilità, accessibilità, interoperabilità e riutilizzabilità. Rilevanti per la ricerca in musicoterapia nell'era dell'open science. (Wilkinson et al., 2016)

Fasi Sviluppo gruppale (Tuckman)

1. Forming (Formazione)

I membri si incontrano per la prima volta, si mostrano cauti e orientati al compito. Prevala la dipendenza dalla leadership per definire ruoli, obiettivi e regole. Le relazioni sono superficiali e dominate dall'ansia da novità.

2. Storming (Conflitto)

Emergono tensioni, conflitti interpersonali e resistenze rispetto agli obiettivi o ai metodi. I membri sfidano le autorità, i ruoli vengono messi in discussione. È una fase critica, in cui si stabiliscono i veri equilibri di potere.

3. Norming (Normazione)

Il gruppo sviluppa coesione, definisce norme condivise di comportamento e collaborazione. Crescono la fiducia reciproca e il senso di appartenenza. Le relazioni diventano più stabili e funzionali al compito.

4. Performing (Prestazione)

Il gruppo raggiunge la piena maturità operativa: i membri lavorano efficacemente verso gli obiettivi comuni, affrontano problemi complessi con autonomia, supporto reciproco e flessibilità nei ruoli.

5. Adjourning (Scioglimento) (aggiunta nel 1977)

Il gruppo si prepara alla conclusione del suo ciclo di vita. Può emergere tristezza, orgoglio per i risultati ottenuti, oppure ansia per la separazione. È una fase delicata di elaborazione e chiusura.

Feldenkrais

Il Metodo Feldenkrais è un approccio educativo che usa il movimento consapevole per migliorare la funzionalità neuromotoria, la postura e il benessere globale. Integrare questa tecnica significa proporre sequenze di movimento dolci e guidate, che aiutano la persona a scoprire nuovi modi di muoversi, ridurre tensioni e aumentare la consapevolezza di sé

Field Theory

In psicologia, la *teoria del campo* è una teoria sviluppata da Kurt Lewin all'interno della corrente della Gestalt. Secondo questa prospettiva, il comportamento di una persona è il risultato dell'interazione dinamica tra l'individuo e il suo ambiente, cioè del “campo” psicologico e sociale in cui si trova. Lewin sostiene che la percezione e le azioni di una persona dipendano non solo dalle sue caratteristiche interne, ma anche dalla situazione e dal contesto in cui si trova in un determinato momento. (Lewin, 1951)

Framework etico di decision making

Un framework etico di decision making (in italiano: quadro di riferimento etico per il processo decisionale) è un insieme di passaggi, criteri e principi che aiutano a:

- Identificare chiaramente il problema etico o il dilemma;
- Raccogliere e valutare tutte le informazioni rilevanti;
- Considerare i valori e gli interessi delle parti coinvolte (stakeholder);
- Applicare principi etici fondamentali (come giustizia, autonomia, beneficenza, non-maleficenza, equità, rispetto, onestà);
- Valutare le alternative possibili e le loro conseguenze;
- Prendere una decisione motivata e documentata;
- Riflettere sugli esiti della decisione e imparare dall'esperienza.

Esempi di framework etici sono il modello di Kitchener, il modello di Trevino, o l'Ethical Decision-Making Framework (EDMF) del Project Management Institute. Questi strumenti sono utilizzati sia in ambito clinico che organizzativo per garantire che le scelte siano trasparenti, giustificabili e coerenti con i valori professionali e deontologici.

FX (Effects)

Effetti sonori o modificazioni del suono applicate attraverso dispositivi analogici o digitali. In musicoterapia, vengono utilizzati per creare ambienti sonori specifici o facilitare l'espressione creativa dei pazienti. (Magee, 2019)

Gait entrainment (sincronizzazione ritmica del passo)

Processo per cui il sistema locomotorio umano si sincronizza spontaneamente a uno stimolo ritmico esterno – per lo più uditivo (metronomo, tamburo, pattern musicale) – regolando cadenza, lunghezza del passo e simmetria. Il fenomeno sfrutta la naturale tendenza neurale all'accoppiamento sensomotorio: i circuiti cortico-cerebellari e i centri di pattern generator spinali si agganciano al segnale periodico, riducendo il dispendio attentivo necessario per mantenere l'andatura.

Gait velocity

Velocità media del passo (m/s), indicatore primario di funzionalità motoria.

Gait symmetry

Misura numerica dell'equilibrio tra lato destro e sinistro della camminata (lunghezza e tempi di passo); maggiore simmetria = miglior controllo motorio.

GAS (Goal Attainment Scaling)

Si traduce in italiano come *Scala di Valutazione del Raggiungimento degli Obiettivi* ed è uno strumento di valutazione individualizzata degli esiti, utilizzato principalmente in ambito riabilitativo, educativo e clinico. Consiste nell'identificare, insieme al paziente o alla persona coinvolta, alcuni obiettivi specifici e personalizzati che si desidera raggiungere durante un intervento o un percorso terapeutico. Per ciascun obiettivo vengono poi definiti diversi livelli di raggiungimento, che vanno da un esito molto negativo a uno molto positivo.

Le caratteristiche principali sono:

a) Personalizzazione: Gli obiettivi sono scelti e definiti in base alle esigenze e alle priorità della singola persona, spesso con il suo diretto coinvolgimento.

b) Scala a 5 punti: Ogni obiettivo viene valutato su una scala di cinque livelli:

- -2: molto peggio del previsto
- -1: peggio del previsto
- 0: livello atteso (obiettivo raggiunto)
- +1: meglio del previsto
- +2: molto meglio del previsto

c) Ponderazione: Gli obiettivi possono essere pesati in base alla loro importanza e difficoltà.

d) Standardizzazione: Sebbene gli obiettivi siano individuali, la modalità di valutazione è standardizzata, permettendo anche analisi statistiche aggregate (ad esempio tramite punteggi T con media 50 e deviazione standard 10).

d) Monitoraggio e valutazione: La GAS permette di monitorare nel tempo i progressi rispetto agli obiettivi concordati, facilitando la valutazione dell'efficacia degli interventi (Kiresuk & Sherman, 1968)

GDPR (General Data Protection Regulation)

Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali e sulla privacy. Particolarmente rilevante per i musicoterapeuti che registrano sessioni o conservano dati sensibili dei pazienti. (UE, 2016)

Generative Music (AI)

Musica prodotta da algoritmi che evolvono autonomamente, utilizzata per soundscape adattivi e training cognitivo. (Briot, Hadjeres, & Pachet, 2020)

GIM (Guided Imagery and Music)

Approccio musicoterapico sviluppato da Helen Bonny, basato sull'ascolto di musica classica in stato di rilassamento per facilitare l'emersione di immagini, emozioni e processi psicologici profondi. (Bruscia & Grocke, 2002)

Grant

Il termine grant indica una sovvenzione o finanziamento: è una somma di denaro messa a disposizione da enti pubblici, fondazioni o istituzioni (nazionali o internazionali) per sostenere progetti di utilità sociale, culturale, educativa o scientifica

Grounding

Tecnica somatica che utilizza l'ancoraggio del peso e del respiro per regolare l'arousal e favorire la stabilità emotiva. (Ogden, Minton, & Pain, 2006)

Growth Mindset

Credenza – resa celebre dagli studi di Carol Dweck – secondo cui intelligenza, talento e abilità professionali non sono statici ma plasmabili attraverso sforzo strategico, feedback e processi di autoriflessione. Sul piano neurobiologico l'ipotesi si fonda sull'evidenza che le reti sinaptiche rimangono plastiche in età adulta, soprattutto quando l'apprendente alterna sfida e recupero mirato.

La letteratura di seconda generazione insiste sul passaggio dall'“io” al contesto condiviso: un'organizzazione può coltivare culture of growth se premia il rischio calcolato, la revisione pubblica degli errori e il mentoring reciproco. Mary C. Murphy (2024) mostra come ambienti fissisti (“cultures of genius”) riducano innovazione e sicurezza psicologica, mentre team orientati alla crescita migliorano collaborazione e inclusione, specie per donne e minoranze.

Meta-analisi recenti indicano che, tra i professionisti della cura e dell'educazione, l'adozione di un growth mindset è associata a maggiore auto-efficacia e propensione a sperimentare metodiche evidence-based; parallelamente, si osserva una correlazione positiva con tratti di grit (perseveranza e passione sul lungo termine). L'effetto medio degli interventi, però, resta piccolo-moderato: il mindset da solo non basta a compensare barriere strutturali o carichi di lavoro eccessivi; va integrato in ambienti che forniscono risorse reali e feedback di qualità.

Rilevanza per il Piano di Sviluppo Professionale

Nel PSP il growth mindset opera come infrastruttura metacognitiva:

- sostiene la volontà di uscire dalla “comfort zone” sperimentando nuove tecniche (es. body-scan sonoro avanzato);
- trasforma errori di conduzione in dati di apprendimento ciclico, allineandosi al modello di Kolb;
- potenzia la *self-appraisal* continua richiesta dall'Appreciative Inquiry, riducendo l'ansia da valutazione e il perfezionismo difensivo comune fra i terapeuti junior.

Pratiche consigliate includono diari riflessivi a sessione, process praise centrato sulla strategia («hai modulato bene l'intensità, ripeti quel passaggio la prossima volta») e mini-sperimentazioni SMART che misurano il progresso in una singola competenza anziché sull'intera performance.

GSR (Galvanic Skin Response)

Misurazione delle variazioni nella conduttanza elettrica della pelle, indicatore di attivazione del sistema nervoso autonomo. Utilizzato in ricerca musicoterapica per valutare oggettivamente risposte emotive alla musica. (Koelsch, 2014)

H-index

Indice di Hirsch – impatto accademico cumulativo

Numero “h” tale che un autore (o rivista, istituzione) abbia pubblicato h articoli citati almeno h volte ciascuno. Un H-index di 15 significa 15 lavori con ≥ 15 citazioni. Combina quantità e qualità delle pubblicazioni, cresce nel tempo ed è meno influenzato da singoli outlier rispetto al conteggio totale di citazioni.

Holding

Concetto proveniente dalla psicoanalisi di Winnicott che descrive la capacità del terapeuta di offrire al paziente un contenitore relazionale “sicuro”, qui trasferito al contesto sonoro-relazionale. (Winnicott, 1960)

HRV (Heart Rate Variability)

È la variabilità della frequenza cardiaca, cioè la variazione del tempo tra un battito cardiaco e l'altro. L'HRV è un indicatore importante dello stato di salute e di adattamento del sistema nervoso autonomo: un'alta variabilità è associata a una buona capacità di adattamento e recupero, mentre una bassa variabilità può indicare stress, affaticamento o condizioni di rischio

HTA (Health Technology Assessment)

Processo multidisciplinare che valuta le implicazioni mediche, sociali, etiche ed economiche dell'implementazione di una tecnologia sanitaria. Applicabile alla valutazione di programmi di musicoterapia in contesti sanitari. (EUnetHTA, 2018)

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)

Classificazione OMS che descrive la salute come interazione fra funzioni corporee, strutture corporee, attività e partecipazione e infine fattori ambientali indicate rispettivamente dalla lettera b, s, d, e; a questo codice si aggiunge poi una prima cifra (capitolo) ed eventualmente altre cifre (categorie) per funzioni sempre più specifiche. Per esempio b1= Funzioni mentali; d7= Relazioni/interazioni; b144= funzioni di memoria; d760= Relazioni familiari.

Questa classificazione viene usata anche per redigere obiettivi musicoterapici funzionali. (OMS, 2001)

ICF-linkage

Procedura di collegamento sistematico tra dati clinici/bisogni/obiettivi di un caso e i relativi codici ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Trasforma osservazioni e misure eterogenee in un linguaggio standard condiviso, rendendo confrontabili gli esiti fra professionisti e documentandoli in modo riconoscibile per enti sanitari e finanziatori.

Impact assessment

Si traduce come valutazione d'impatto o analisi d'impatto.

In ambito sociale, ambientale o di advocacy, indica il processo sistematico di analisi e misurazione degli effetti (positivi o negativi) che un programma, un progetto o una politica produce su persone, comunità, ambiente o sistemi coinvolti. Serve a rispondere a domande come:

- Quali cambiamenti sono stati prodotti?
- Sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati?
- Quali sono stati gli effetti imprevisti, positivi o negativi?

Nel campo dell'advocacy, la valutazione d'impatto può riguardare sia i cambiamenti nelle politiche e nelle pratiche istituzionali, sia gli effetti reali sulla vita delle persone e delle comunità coinvolte

IMRaD (Introduction, Methods, Results, and Discussion)

L'IMRaD è la struttura organizzativa standard universalmente adottata per la stesura di articoli scientifici in ambito biomedico, psicologico e delle scienze sociali. Questo modello rappresenta una vera e propria architettura logica del pensiero scientifico che guida sia l'autore nella presentazione sistematica della ricerca, sia il lettore nell'individuazione rapida delle informazioni rilevanti.

La struttura si articola in quattro sezioni fondamentali, ciascuna con funzioni specifiche:

- i. **Introduction (Introduzione):** Contestualizza lo studio nel panorama scientifico esistente, identifica il gap conoscitivo, formula la domanda di ricerca e delinea l'ipotesi. Risponde al "perché" è stato condotto lo studio.
- ii. **Methods (Metodi):** Descrive con precisione il disegno di ricerca, i partecipanti, gli strumenti, le procedure e le analisi statistiche utilizzate. Fornisce dettagli sufficienti per garantire la replicabilità dello studio. Risponde al "come" è stato condotto.
- iii. **Results (Risultati):** Presenta i dati ottenuti in modo oggettivo, senza interpretazioni, utilizzando tabelle, grafici e statistiche appropriate. Risponde alla domanda "cosa è stato trovato".
- iv. **Discussion (Discussione):** Interpreta i risultati alla luce dell'ipotesi iniziale, li confronta con la letteratura esistente, ne discute implicazioni, limitazioni e suggerisce direzioni future. Risponde al "cosa significano i risultati".

Per i musicoterapeuti che aspirano a pubblicare ricerche su riviste scientifiche indicizzate, la padronanza di questa struttura è essenziale non solo per superare il processo di peer-review, ma anche per contribuire efficacemente al corpus di evidenze che sostiene la credibilità e il riconoscimento della disciplina nel panorama scientifico internazionale.

(Day, 1989)

Indicatore di efficacia

Vedi KPI (Key Performance Indicator)

Inter-agency (inter-agenzia / tra enti)

Riguarda la collaborazione e il coordinamento fra diversi organismi (ospedale, servizi sociali, scuola, associazioni non profit) che condividono cura e tutela della stessa utenza; include codici di condotta concordati, scambio protetto di dati e procedure comuni di sicurezza.

Integrated Care

In italiano: Cure Integrate. L'Integrated Care rappresenta un approccio organizzativo e filosofico alla cura che supera la frammentazione tradizionale dei servizi sanitari e sociali, promuovendo coordinamento, continuità e coerenza nell'assistenza alla persona. Questo modello riconosce la natura multidimensionale dei bisogni umani e risponde con un sistema interconnesso di servizi e professionisti che collaborano sinergicamente per garantire percorsi assistenziali fluidi e personalizzati.

L'assistenza integrata si struttura su diversi livelli di integrazione:

- **Integrazione orizzontale:** coordinamento tra servizi di pari livello (es. tra diverse specialità mediche o tra diversi enti territoriali)

- Integrazione verticale: continuità tra livelli differenti di intensità di cura (es. ospedale-territorio, cure primarie-specialistiche)
- Integrazione funzionale: condivisione di risorse, informazioni e responsabilità tra professionisti e organizzazioni

In musicoterapia, l'Integrated Care si traduce in una pratica profondamente interconnessa con altri interventi sanitari e sociali, dove il musicoterapeuta partecipa attivamente ai team multidisciplinari, contribuisce alla progettazione di percorsi terapeutici comprensivi, e utilizza sistemi di documentazione condivisi che permettono la comunicazione efficace con altri professionisti.

Questo approccio, sostenuto da crescenti evidenze di efficacia e costo-efficacia, risponde alle sfide poste dall'invecchiamento demografico, dall'aumento delle patologie croniche e dalla complessità crescente dei bisogni sociosanitari contemporanei.

Intersezionalità

Intersezionalità è un concetto sviluppato dalla giurista e attivista statunitense Kimberlé Crenshaw nel 1989 per descrivere come diverse identità sociali (come genere, etnia, classe sociale, disabilità, orientamento sessuale, religione, età, nazionalità, ecc.) e le relative forme di discriminazione o oppressione (come sessismo, razzismo, classismo, abilismo, omofobia, xenofobia, ecc.) si sovrappongano e si intreccino nella vita delle persone, generando esperienze uniche e spesso più complesse di marginalizzazione o privilegio.

La teoria dell'intersezionalità sostiene che non è possibile comprendere pienamente l'identità di una persona o le discriminazioni che subisce considerando separatamente ciascuna categoria sociale. Al contrario, questi elementi sono inestricabilmente legati tra loro e si influenzano reciprocamente, creando situazioni in cui le oppressioni non si sommano semplicemente, ma si combinano e si rafforzano a vicenda.

IP (Intellectual Property)

Proprietà intellettuale, che comprende diritti d'autore, brevetti e marchi. Rilevante per la gestione di materiali musicali nelle sessioni e per la protezione delle creazioni originali in musicoterapia. (WIPO, 2020)

Iso Principle

Tecnica che prevede di iniziare con musica corrispondente allo stato emotivo attuale dell'utente e modificare progressivamente i parametri musicali per guidarlo verso lo stato desiderato. (Altshuler, 1944)

IVP (Improvisational Vocal Psychotherapy)

Metodo sviluppato da Diane Austin in cui il terapeuta e il cliente utilizzano l'improvvisazione vocale – suoni, sillabe, parole emergenti spontaneamente – per esplorare e trasformare contenuti emotivi e inconsci. L'interazione vocale avviene in tempo reale, spesso con accompagnamento minimale (pianoforte o drone) che fornisce sostegno armonico e contenimento affettivo. Analizzare le tecniche IVP significa riconoscere e saper descrivere:

- Vocal Holding – il terapeuta mantiene un bordone o una linea melodica semplice su cui il paziente può “appoggiarsi”, sperimentando sicurezza e regressione protetta.

- Free Associative Singing – canto improvvisato che segue il flusso di immagini, parole e affetti emergenti, simile all'associazione libera psicoanalitica ma mediato dal suono.
- Dialogo vocale – domande/risposte melodiche o prosodiche che riflettono dinamiche transfert-controtransfert, rendendo udibili percezioni reciproche non verbalizzate.
- Re-toning / Re-framing – il terapeuta riprende un frammento vocale del cliente, lo trasforma (altezza, timbro, dinamica) e lo restituisce, offrendo una nuova prospettiva emotiva.

Competenze di livello B prevedono la capacità di decomporre questi interventi nei loro elementi tecnici (registro, risonanza, contorno melodico, funzione armonica) e nei loro significati psicodinamici (holding, contenimento, rispecchiamento, modulazione affettiva), così da scegliere la strategia improvvisativa più adatta agli obiettivi clinici e al momento relazionale. (Austin, 2008)

Just Culture

In italiano: Cultura della giustizia. La Just Culture rappresenta un modello organizzativo evoluto nella gestione della sicurezza che supera sia l'approccio punitivo individuale sia quello della "*no-blame culture*". Si configura come un sistema equilibrato che distingue tra errori umani inevitabili, comportamenti a rischio e azioni temerarie deliberate, applicando risposte differenziate a ciascuna categoria.

Questo paradigma crea un ambiente in cui i professionisti sono incoraggiati a segnalare liberamente incidenti, errori e "*near-miss*" (quasi-incidenti) senza timore di sanzioni automatiche, riconoscendo che anche i migliori operatori possono commettere errori. Il focus si sposta dalla ricerca del "colpevole" all'analisi sistemica delle cause sottostanti, trasformando ogni incidente in un'opportunità di apprendimento organizzativo e prevenzione.

In musicoterapia, l'adozione di una Just Culture è particolarmente rilevante nei contesti sanitari, educativi e nelle équipes multidisciplinari, dove facilita la trasparenza nella documentazione di eventi indesiderati (come reazioni avverse alla stimolazione sonora, attivazioni emotive intense, o lesioni minori durante l'uso degli strumenti), promuovendo la sicurezza dell'utente e il miglioramento continuo delle pratiche cliniche.

L'implementazione di questo modello richiede leadership informata, formazione specifica, procedure non punitive di segnalazione, e processi strutturati di analisi degli eventi critici che distinguano tra errori di sistema, errori cognitivi e violazioni intenzionali dei protocolli di sicurezza.

Kinesthetic empathy

In italiano: Empatia cinestetica. Capacità di percepire, comprendere e rispecchiare interiormente il movimento e lo stato corporeo di un'altra persona, base somatica dell'attunement non-verbale

KPI (Key Performance Indicator)

Un indicatore di efficacia, è un dato oggettivo, osservabile e misurabile che permette di valutare in modo concreto il raggiungimento di un obiettivo professionale, formativo o clinico. Nel contesto della musicoterapia, un KPI può

essere una scala validata (es. NPI-Q, GDS), un parametro fisiologico (es. velocità del passo, HRV), una frequenza comportamentale (es. numero di vocalizzi/sessione) o un esito osservativo strutturato. L'uso di KPI consente di tradurre il cambiamento qualitativo prodotto dall'intervento in valori documentabili, rendendo il processo valutabile, comunicabile e confrontabile nel tempo. È parte integrante della componente *Measurable* nel modello SMART per la definizione degli obiettivi nel Piano di Sviluppo Professionale (PSP). Nel modello SMART, la lettera M indica che il tuo obiettivo deve essere verificabile con un criterio concreto, non vago: M è la richiesta di rendere l'obiettivo misurabile ma non dice ancora come lo misurerai. Il KPI (Key Performance Indicator) è l'indicatore specifico che scegli per rispondere alla domanda M. Per esempio: numero di accessi, durata media dei trattamenti, outcome misurabili

KT (Knowledge Translation)

Processo dinamico e iterativo che comprende la sintesi, la diffusione mirata, lo scambio e l'applicazione eticamente corretta delle migliori evidenze disponibili, allo scopo di:

1. migliorare gli esiti di salute e la qualità di vita degli individui e delle comunità;
2. rendere più efficaci ed efficienti i servizi e i prodotti sanitari e sociosanitari;
3. orientare le decisioni cliniche, organizzative e di politica pubblica su basi scientifiche condivise.

Coinvolge ricercatori, professionisti, decisori, persone assistite e caregiver, e si articola in fasi riconosciute internazionalmente (inquiry, synthesis, product/tool development, dissemination, implementation, evaluation/sustainment). (CIHR, 2015)

Latency

Intervallo di tempo fra ingresso e uscita del segnale audio; sotto 30 ms è ritenuto accettabile per l'interazione musicale sincrona online. (Barbosa & Cordeiro, 2011)

LBMS (Laban/Bartenieff Movement System)

Il sistema nasce dal lavoro di Rudolf Laban sulla teoria e l'analisi del movimento umano, ma è stato successivamente ampliato e integrato in modo sostanziale da Irmgard Bartenieff, sua allieva e collaboratrice, che ha sviluppato i cosiddetti Bartenieff Fundamentals. Questi principi hanno portato a una visione più completa che include sia gli aspetti funzionali che espressivi del movimento, con applicazioni che vanno dalla danza alla terapia, dalla riabilitazione alla pedagogia del movimento.

Il Laban/Bartenieff Movement System (LBMS) è oggi il riferimento principale per la descrizione, l'analisi e la pratica del movimento umano in ambito artistico, educativo, terapeutico e riabilitativo. I programmi di formazione, anche in Italia, utilizzano questa denominazione per sottolineare l'integrazione dei contributi di entrambi gli autori

LMA (Laban Movement Analysis)

Sistema descrittivo dei parametri qualitativi del movimento (Effort, Shape, Space, Body) utilizzato per pianificare interventi espressivo motori. (Laban, 1966)

LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)

Nel sistema sanitario italiano, prestazioni e servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini. Conoscerli è fondamentale per i musicoterapeuti che operano in ambito pubblico. (Ministero della Salute, 2017)

Leadership Distribuita

Modello di conduzione in cui la funzione di guida è condivisa tra terapeuta e partecipanti, promuovendo *agency* e *ownership* del processo musicale. (Ansdell & Pavlicevic, 2004)

Leggi quadro UE sulle professioni sanitarie

Le leggi quadro europee che regolano le professioni sanitarie sono principalmente le Direttive UE sul riconoscimento delle qualifiche professionali:

- Direttiva 2005/36/CE: disciplina il riconoscimento delle qualifiche professionali tra i Paesi membri dell'Unione Europea, facilitando la libera circolazione dei professionisti sanitari e la possibilità di esercitare la propria professione in altri Stati UE.
- Direttiva 2013/55/UE: aggiorna e modifica la direttiva precedente, introducendo strumenti come la Tesserina Professionale Europea e procedure più snelle per il riconoscimento dei titoli.

In Italia, queste direttive sono state recepite con il Decreto Legislativo 6 novembre 2007, n. 206 e successivi aggiornamenti, che regolano il riconoscimento dei titoli e delle qualifiche professionali dei cittadini UE che intendono lavorare in Italia come professionisti sanitari

Live Looping

Registrazione e riproduzione ciclica in tempo reale di frasi musicali per costruire strutture iterative; favorisce *agency* e *entrainment*.

Lobbying

In italiano: attività di pressione istituzionale o attività di influenza politica consiste nel dialogare con i decisori pubblici, presentare proposte, partecipare a incontri e audizioni, fornire dati e documenti per sostenere la causa della musicoterapia presso le autorità competenti.

Loop station

Dispositivo hardware/software che consente la registrazione e la sovrapposizione progressiva in tempo reale di brevi frasi musicali. Facilita accompagnamento istantaneo, *layering* e sperimentazione creativa. (Gurel, 2018)

Lossless vs Compressed Audio

I formati audio lossless (come FLAC, ALAC o APE) comprimono il segnale digitale mantenendo intatti tutti i dati dell'audio originale, garantendo una qualità identica alla sorgente pur riducendo leggermente le dimensioni del file rispetto al non compresso (ad esempio WAV o AIFF). Al contrario, i formati compressed o lossy (come MP3, AAC, OGG, WMA) riducono la dimensione del file eliminando in modo selettivo alcune informazioni sonore considerate meno percepibili dall'orecchio umano, con una conseguente perdita di qualità che può essere più o meno evidente a seconda del livello di compressione applicato.

La scelta tra lossless e lossy influisce sia sulla qualità del suono che sulla dimensione dei file: i formati lossless sono ideali quando è necessario preservare la massima fedeltà (ad esempio per archiviazione, analisi cliniche o produzione musicale), mentre i formati compressi sono preferiti quando si privilegiano la praticità, la condivisione e il risparmio di spazio, accettando un compromesso sulla qualità audio. Inoltre, la compatibilità dei diversi formati con software e dispositivi può variare, influenzando la scelta in contesti professionali e clinici. (Ahnert, & Noy, 2022)

Lyrics tracking

in italiano “seguire il testo” oppure “allineamento testo-melodia”.

Il termine indica l'abilità di mantenere le parole nella giusta sequenza, accentazione e metrica mentre si canta, restando sincronizzati con la linea melodica senza saltare, anticipare o posticipare sillabe.

MATADOC (Music Therapy Assessment Tool for Awareness in Disorders of Consciousness)

Strumento standardizzato per la valutazione della consapevolezza in pazienti con disordini della coscienza attraverso stimoli e risposte musicali. Sviluppato da Wendy Magee e validato internazionalmente. (Magee et al., 2014)

Meta-analysis

La meta-analisi è una tecnica statistica che combina i risultati di diversi studi scientifici indipendenti su uno stesso argomento o domanda di ricerca, al fine di ottenere una stima complessiva più precisa e affidabile. Questa metodologia permette di sintetizzare le evidenze esistenti, aumentando la potenza statistica e la generalizzabilità dei risultati. La meta-analisi segue una procedura rigorosa che include la selezione sistematica degli studi, la valutazione della loro qualità, l'estrazione dei dati e l'analisi quantitativa combinata.

Metriche di Coesione

Le metriche di coesione costituiscono un sistema multidimensionale – quantitativo e qualitativo – che misura quanto il gruppo è integrato, equilibrato e capace di perseguire obiettivi comuni. Sono un insieme di indicatori che quantificano la “forza legante” di un gruppo.

Le metriche si distribuiscono su quattro assi complementari:

1. Strutturale – indici sociometrici (densità, reciprocità, centralizzazione, coefficienti di clustering) ricavati dalle scelte interpersonali e visualizzati in un sociogramma.
2. Comportamentale – osservazione diretta o video-coding di parametri come turn-taking equilibrato, scambi di strumenti, micro-leadership distribuite e durata dei silenzi.
3. Percepita – punteggi di questionari standardizzati (es. Group Climate Questionnaire, Group Environment Questionnaire) che rilevano appartenenza, fiducia e sostegno reciproco dal punto di vista dei partecipanti.

4. Di outcome – indicatori di efficacia del compito collettivo: completamento di brani, puntualità alle prove, gestione emotiva durante performance pubbliche.

Strumenti diversi (survey digitali, software sociometrici, wearable di prossimità o sincronizzazione fisiologica, griglie osservative) consentono di raccogliere questi dati prima, durante e dopo l'intervento, offrendo al musicoterapeuta un cruscotto oggettivo per:

diagnosticare il punto di partenza del gruppo,

- I. scegliere attività che bilancino sicurezza e sfida,
- II. monitorare in tempo reale l'evoluzione della rete relazionale,
- III. documentare in modo replicabile l'impatto coesivo della musica.

In sintesi, le metriche di coesione trasformano la “chimica” del gruppo in dati leggibili: un ponte tra sensibilità clinica, rigore scientifico e responsabilità sociale del lavoro musicoterapico.

Metriche di impatto nel KT

Indicatori utilizzati per valutare l'efficacia reale dei processi di Knowledge Translation in termini clinici, professionali, organizzativi e sociali. Possono includere KPI, scale di qualità di vita (QoL scores), ROI (Return on Investment), storie di cambiamento (MCD) e metriche alternative (altmetrics). (Barwick, Dubrowski, & Petricca, 2020)

MIDI (Musical Instrument Digital Interface)

Protocollo standard che permette a strumenti musicali elettronici, computer e altri dispositivi di comunicare tra loro. Essenziale per applicazioni musicoterapiche che utilizzano tecnologia digitale. (MIDI Association, 2020)

Mindful movement

Movimento consapevole – pratica di movimento eseguita con attenzione focalizzata su respiro e sensazioni interne, finalizzata a regolazione emotiva e integrazione corpo-mente

Mirror movement

Movimento a specchio – tecnica in cui il terapeuta (o un pari) riflette in maniera isomorfa il gesto dell'altro, favorendo sintonizzazione, apprendimento motorio e validazione relazionale

Mirroring

Strategia interattiva basata sulla riproduzione, in forma immediata o variata, di elementi musicali o motori del cliente per favorire riconoscimento e rispecchiamento emotivo. (Wigram, 2004)

Mixed Methods Design

Disegno di ricerca che integra dati quantitativi e qualitativi nello stesso studio, aumentando completezza e validità delle inferenze (Creswell & Plano Clark, 2017)

MCD (Most Significant Change)

Metodo qualitativo di valutazione partecipativa incentrato sulla raccolta e analisi narrativa di storie di cambiamento ritenute particolarmente rilevanti da parte dei beneficiari di un intervento, dei loro familiari, degli operatori o di altri stakeholder. Non mira a descrivere “tutti” i cambiamenti, ma a individuare e condividere quelli percepiti come più trasformativi, esplorando in profondità il *perché* sono significativi e *per chi*. È particolarmente utile nei contesti complessi, relazionali e ad alto impatto soggettivo, come la musicoterapia, l'educazione speciale o i progetti comunitari, dove i tradizionali indicatori quantitativi non riescono a cogliere la profondità dell'esperienza vissuta. (Davies & Dart, 2005)

Modello di Kitchener

Il modello di Kitchener per il decision making etico è uno dei più diffusi in ambito psicologico, educativo e delle professioni di aiuto. Si fonda sull'analisi dei principi etici fondamentali (come autonomia, beneficenza, non maleficenza, giustizia e fedeltà) e propone una serie di passi operativi per affrontare i dilemmi etici:

- Identificare il problema etico: riconoscere la presenza di un dilemma o di una situazione ambigua dal punto di vista morale.
- Analizzare i fatti: raccogliere tutte le informazioni rilevanti e valutare il contesto.
- Riflettere sui principi etici coinvolti: applicare i principi fondamentali dell'etica professionale alla situazione specifica.
- Valutare le opzioni: considerare le possibili alternative di azione, i rischi e i benefici per tutte le parti coinvolte.
- Prendere una decisione e giustificarla: scegliere l'opzione più etica e saperla motivare sia a livello personale che professionale.
- Documentare e riflettere sull'esito: tenere traccia del processo decisionale e, se necessario, rivedere la scelta alla luce dei risultati ottenuti

Movimento autentico

Pratica terapeutica di movimento libero con testimone-osservatore, finalizzata alla consapevolezza somatica e all'integrazione emotiva. (Adler, 2002)

MTA-L (Music Therapy Assessment for Low Awareness States)

Strumento di valutazione musicoterapica specifico per pazienti con bassi livelli di consapevolezza, utilizzato in neuroriabilitazione per valutare risposte e potenzialità residue. (O'Kelly & Magee, 2013)

MT-BC (Music Therapist-Board Certified)

Designazione professionale rilasciata dal CBMT agli Stati Uniti che certifica che un musicoterapeuta ha completato la formazione necessaria e superato l'esame di certificazione. Standard internazionale di qualifica professionale. (CBMT, 2020)

Multilayer Loop

Tecnica di stratificazione di più loop per creare texture ritmiche e armoniche complesse, facilitando la partecipazione progressiva degli utenti. (Huber & Runstein, 2017)

Musical response curve

Andamento grafico che rappresenta la variazione di un indicatore fisiologico, comportamentale o emotivo in funzione del tempo o dell'intensità dello stimolo sonoro. Consente di dosare la stimolazione (progettazione), documentare l'andamento della sessione e valutare l'efficacia dell'intervento confrontando curve pre/post o tra condizioni diverse (p. es. incremento BPM in RAS, curva arousal-valence). Modelli ricorrenti: inverted-U di Yerkes-Dodson adattato alla musica, curva di habituation, gradiente tempo-risposta RAS, curva arousal-valence.

N of 1 (si legge "en of one")

È un termine usato nella ricerca clinica e scientifica per indicare uno studio condotto su un singolo soggetto. In italiano si può tradurre come studio su singolo caso o studio N=1.

Uno studio N of 1 è un disegno sperimentale in cui un solo individuo viene osservato e valutato in modo sistematico, spesso in condizioni diverse (ad esempio, con e senza trattamento, o con trattamenti diversi in sequenza). Questo tipo di studio mira a determinare l'efficacia di un intervento specifico su quella singola persona, piuttosto che su un gruppo di soggetti.

Nada Yoga

Nada Yoga, è una disciplina antichissima dello yoga che utilizza il suono, la voce, la musica e le vibrazioni come strumenti per raggiungere l'armonia interiore, favorire la meditazione e stimolare processi di guarigione psicofisica.

Il termine sanscrito nada significa "flusso del suono", mentre yoga significa "unione": dunque, Nada Yoga è letteralmente "unione attraverso il suono". La pratica si basa sull'idea che il suono non sia solo percepito dalle orecchie, ma anche interiorizzato e sentito come vibrazione nel corpo e nella mente. Attraverso l'ascolto attento, la ripetizione di mantra, l'uso della voce e di strumenti musicali, si cerca di trasformare la percezione dell'udito e di portare la mente verso stati di maggiore consapevolezza, equilibrio e benessere.

Narrative Inquiry

La Narrative Inquiry (in italiano ricerca narrativa) è una metodologia di ricerca qualitativa che utilizza narrazioni (racconti, interviste, diari, storie di vita) come strumento principale per esplorare come le persone attribuiscono significato alle proprie esperienze. Si basa sull'idea che il pensiero narrativo sia fondamentale per organizzare e interpretare la realtà, permettendo di ricostruire fenomeni complessi attraverso la prospettiva soggettiva dei partecipanti.

Nella valutazione clinica integrata, la narrative inquiry:

- Analizza storie personali per comprendere stati emotivi, processi decisionali o impatto di interventi terapeutici.
- Combina dati qualitativi (es. racconti) con misure quantitative (psicometriche) e biosegnali (es. HRV, GSR), offrendo una visione olistica del paziente.
- Supporta l'identificazione di bisogni individuali e la progettazione di percorsi personalizzati, rispettando la complessità dei contesti

Near – miss (Quasi-incidente)

evento pericoloso che avrebbe potuto causare danni ma non lo ha fatto grazie a circostanze fortuite o interventi tempestivi; prezioso indicatore di rischio latente

Neurofisiologia interocettiva

La neurofisiologia interocettiva studia come il cervello percepisce, interpreta e regola i segnali provenienti dall'interno del corpo (interocezione), come la frequenza cardiaca, la respirazione, la fame, la sete, lo stato viscerale, ecc. Questi segnali giocano un ruolo chiave nella regolazione delle emozioni, nell'omeostasi e nella consapevolezza corporea. Le aree cerebrali coinvolte, come l'insula e la corteccia cingolata anteriore, elaborano queste informazioni per generare risposte adattive e per integrare la percezione di sé e degli stati emotivi. In musicoterapia, la consapevolezza e la modulazione degli stati interni possono essere fondamentali per il benessere emotivo e corporeo.

NMT (Neurologic Music Therapy)

Modello evidence-based che utilizza tecniche musicali standardizzate basate su neuroscienze e meccanismi di plasticità per obiettivi motori, cognitivi e linguistici. (Thaut & Hoemberg, 2014)

Norma UNI 11592

La Norma UNI 11592 ("Attività professionali non regolamentate – Figure professionali operanti nel campo delle Arti Terapie – Requisiti di conoscenza, abilità e competenza") è una norma tecnica pubblicata dall'Ente Italiano di Normazione (UNI) nell'ottobre 2015. Questa norma definisce i requisiti di conoscenza, abilità e competenza per i professionisti che operano nelle Arti Terapie, tra cui la musicoterapia, l'arteterapia, la danzaterapia e la teatroterapia. Nasce in applicazione della Legge 4/2013 sulle professioni non organizzate in ordini o collegi, cioè quelle professioni (come il musicoterapista) che non sono regolamentate da un albo professionale.

La UNI 11592 stabilisce criteri condivisi per la formazione, la qualificazione e la certificazione dei professionisti delle Arti Terapie, favorendo trasparenza e tutela sia per gli operatori sia per gli utenti

NVivo (software di analisi qualitativa dei dati)

Applicazione desktop / cloud che assiste ricercatori e professionisti nel gestire, codificare, organizzare e interrogare grandi insiemi di dati testuali, audiovisivi o multimediali: interviste, diari clinici, trascrizioni di sessioni, documenti PDF, post social, ecc.

Strumenti simili sono ATLAS.ti e MAXQDA

Funzioni principali

- Coding tematico: assegnare porzioni di testo o timeline video a "nodi" (categorie) per far emergere pattern e temi.
- Query e visualizzazioni: ricerche booleane, matrici di codici incrociati, word clouds, mappe concettuali.
- Memo & linking: annotazioni riflessive collegate a segmenti di dato; tracciabilità del processo analitico.

- Mixed-methods: integrazione di variabili quantitative (età, punteggi) con i codici qualitativi per analisi comparate.

Rilevanza per la musicoterapia

- Analizzare trascrizioni di improvvisazioni vocali, diari dei pazienti o note di campo.
- Identificare temi ricorrenti nell'esperienza di gruppo (empowerment, regolazione emotiva).
- Documentare rigorosamente la fase qualitativa di uno studio mixed-methods, rendendo replicabile il percorso interpretativo.

OMREX (Oral Motor and Respiratory Exercises)

Tecniche di Neurologic Music Therapy focalizzate sulla riabilitazione delle funzioni oromotorie e respiratorie attraverso esercizi ritmici e melodici, utilizzate principalmente in logopedia musicale. (Thaut & Hoemberg, 2014)

Op-ed (Opposite The Editorial Page)

Op-ed è l'abbreviazione di *opposite the editorial page* ("opposto alla pagina editoriale") e indica un articolo di opinione scritto da un autore esterno alla redazione del giornale, spesso un esperto, un accademico o un professionista. Gli articoli op-ed vengono pubblicati nelle pagine dei quotidiani dedicate ai commenti, alle opinioni e alle analisi su temi di attualità, politica, società, ecc. In italiano, si può tradurre come articolo di opinione o editoriale esterno.

Open access

Modalità di pubblicazione per cui un articolo, un dataset o un prodotto multimediale è reso liberamente consultabile online senza barriere di pagamento, con diritti d'uso definiti da una licenza aperta. Favorisce la diffusione rapida della conoscenza e la possibilità di riutilizzo scientifico e clinico.

Open Science

Open science (in italiano: scienza aperta) è un movimento e un approccio alla ricerca scientifica che mira a rendere ogni fase del processo scientifico aperta, trasparente, accessibile e collaborativa per tutta la comunità, inclusi cittadini, ricercatori e professionisti di ogni settore (Nosek et al., 2015)

Open source

Modello di distribuzione di software (e, per estensione, di contenuti digitali) in cui il codice sorgente è reso pubblico, ispezionabile, modificabile e ridistribuibile da chiunque, entro i limiti fissati da licenze aperte (MIT, GPL, CC-BY...). I principi cardine dell'Open source sono: trasparenza (chiunque può verificare come funziona), libertà di adattamento (personalizzazione per bisogni clinici o accessibilità), ridiffusione migliorativa (innovazione collettiva) e sviluppo community-driven.

OSC (Open Sound Control)

Protocollo per la comunicazione tra computer, sintetizzatori e altri dispositivi multimediali, più flessibile del MIDI. Utilizzato in musicoterapia tecnologicamente avanzata per creare interfacce adattive. (Wright, 2005)

Outcome/dati di outcome

L'outcome (in italiano: risultato, esito) rappresenta il cambiamento misurabile prodotto da un intervento musicoterapico su una o più dimensioni della persona o del sistema. A differenza dell'output (che misura l'attività svolta, come il numero di sessioni erogate), l'outcome valuta l'impatto effettivo dell'intervento e il suo valore trasformativo.

Gli outcome possono essere classificati in diverse categorie, ciascuna con specifici strumenti di misurazione:

- i. Outcome clinici: modificazioni di parametri patologici specifici (riduzione dei sintomi BPSD in demenza, diminuzione dei livelli d'ansia, miglioramento del tono dell'umore), misurabili attraverso scale standardizzate (NPI-Q, HADS, GDS).
- ii. Outcome funzionali: miglioramenti nelle capacità pratiche e nelle performance quotidiane (velocità e simmetria del cammino, funzioni linguistiche, abilità sociali, autonomie), rilevabili con test funzionali e osservazioni strutturate.
- iii. Outcome esperienziali: cambiamenti nella qualità dell'esperienza soggettiva (benessere percepito, qualità di vita, soddisfazione, senso di agency), documentabili attraverso self-report, interviste fenomenologiche o scale QoL.
- iv. Outcome sistemici: trasformazioni nell'ambiente e nelle relazioni (clima familiare, dinamiche di gruppo, partecipazione comunitaria), valutabili con sociogrammi, scale di coesione e analisi delle reti sociali.
- v. Outcome economici: benefici in termini di costi diretti e indiretti (riduzione di farmaci, diminuzione delle giornate di degenza, prevenzione dell'istituzionalizzazione), quantificabili attraverso analisi costi-benefici e cost-utility studies.

La valutazione degli outcome rappresenta una componente fondamentale della pratica evidence-based, consentendo sia la verifica dell'efficacia degli interventi per il singolo utente, sia la documentazione del valore della musicoterapia per stakeholder e decisori sanitari. (WHO, 2019)

Outcome longitudinali

Gli outcome longitudinali si riferiscono alla valutazione degli effetti di un intervento nel tempo, monitorando la persistenza, l'evoluzione o la variazione degli esiti a lungo termine, oltre la fase immediata post-intervento.

Outcome Management

Processo organizzativo che integra raccolta, analisi e uso dei dati di outcome per migliorare qualità ed efficienza dei servizi (Hatry, 2006)

Overtone Singing

Tecnica vocale (in italiano Canto Armonico) in cui il cantante isola e amplifica singoli armonici della colonna d'aria, producendo un doppio suono: la nota fondamentale e un fischio sovrastante che varia modulando cavità orofaringee. A livello clinico offre: (1) stimolazione vibro-acustica profonda, utile per rilassamento e consapevolezza corporea; (2) allenamento fine del tratto vocale (controllo di lingua, velo e laringe) in riabilitazione disfonica; (3) esperienza meditativa che facilita autoregolazione e focus attentivo. Il musicoterapeuta

avanzato imposta semplici droni di bordone e guida il paziente nella ricerca graduale degli armonici, monitorando comfort laringeo e risposta somatica.

Parametri clinimetrici

La clinimetria è la disciplina che studia come misurare in modo affidabile e significativo i fenomeni clinici (sintomi, funzioni, qualità di vita). Applicare “parametri clinimetrici” significa valutare e scegliere uno strumento (scala, test, indice) non solo per ciò che misura, ma per come lo misura. In pratica il musicoterapeuta verifica:

- Validità – lo strumento coglie davvero la funzione che dichiara di misurare (es. engagement musicale, tono dell'umore).
- Affidabilità – produce risultati stabili (test-retest) e coerenti tra valutatori (inter-rater).
- Responsività – è abbastanza sensibile da rilevare i cambiamenti clinicamente rilevanti dopo l'intervento.
- MCID (Minimal Clinically Important Difference) – la variazione minima percepita come miglioramento dal paziente.
- Specificità e sensibilità – capacità di discriminare tra presenza/assenza o diversi gradi di un sintomo.

Integrare questi parametri nella pratica significa, ad esempio, preferire una scala di benessere vocale con MCID noto a un questionario generico, oppure affiancare un indice quantitativo (velocità del passo) a una misura autopercepita se uno dei due manca di responsività. In tal modo il musicoterapeuta assicura che gli esiti documentati non siano solo “numeri”, ma riflettano cambiamenti reali e significativi per il paziente e l'équipe.

Patch

Nel lessico delle tecnologie musicali indica un file eseguibile (o progetto) creato in ambienti di programmazione visuale come Max/MSP, Pure Data, SuperCollider, VCV Rack o in sistemi di sintesi/modulari hardware. Una patch è composta da oggetti (oscillatori, filtri, player, sensori, logica) collegati fra loro da “cavi” virtuali che instradano segnali audio, MIDI o dati di controllo. In pratica equivale allo “schema elettrico” e allo “spartito” del comportamento sonoro: stabilisce quali suoni nascono, come si trasformano e in che modo reagiscono a input esterni (tasti, movimento, biosensori). In altre parole è “circuito” audio interattivo disegnato con blocchi grafici; ottimo per prototipare o suonare dal vivo senza scrivere codice testuale

PDP (Professional Development Plan)

Il Professional Development Plan (Piano di Sviluppo Professionale) è uno strumento strategico di pianificazione, monitoraggio e documentazione del percorso di crescita professionale continua. Rappresenta la traduzione operativa del concetto di Continuing Professional Development (CPD) in un formato strutturato e personalizzato. Il PDP integra una valutazione iniziale delle competenze attuali, l'identificazione di obiettivi di apprendimento specifici, la pianificazione di attività formative mirate, e meccanismi di verifica dei progressi. A differenza di un generico piano formativo, il PDP è centrato sulle esigenze individuali del professionista e sul suo contesto lavorativo specifico.

In ambito musicoterapico, il PDP può includere lo sviluppo di competenze cliniche specialistiche (come l'approfondimento di approcci come NMT o GIM), l'ampliamento delle capacità musicali (improvvisazione, repertorio culturalmente diversificato), il potenziamento delle abilità di ricerca, o l'acquisizione di competenze complementari (come tecniche di mindfulness o approcci trauma-informed). Nel manuale, il termine PSP (Piano Sviluppo Professionale) rappresenta la declinazione italiana del PDP, mantenendo la stessa struttura e finalità ma adattandole al contesto formativo e professionale nazionale.

Pedale

Sostentamento continuo di una o due note che funge da ancoraggio tonale e percettivo durante l'improvvisazione. (Benward & Saker, 2009)

Peer reviewed

Un articolo, uno studio o un progetto peer reviewed è stato esaminato criticamente da esperti indipendenti (*pari*, cioè colleghi qualificati nello stesso campo disciplinare) prima della sua pubblicazione o accettazione ufficiale. Lo scopo della revisione tra pari è garantire la qualità scientifica, l'affidabilità metodologica e la rilevanza teorica del lavoro. (ICMJE, 2024).

PICO (Population, Intervention, Comparison, Outcome)

Il PICO è un framework metodologico fondamentale nella pratica evidence-based che struttura i quesiti clinici in modo da facilitare la ricerca sistematica di evidenze scientifiche rilevanti. Questo acronimo identifica i quattro elementi essenziali che compongono una domanda clinica ben formulata:

- i. P (Population/Patient): definisce la popolazione o il paziente target, specificando caratteristiche demografiche, diagnosi, stadio di malattia o condizioni rilevanti (es. "pazienti adulti con Parkinson in fase iniziale", "bambini con disturbo dello spettro autistico di grado moderato").
- ii. I (Intervention): descrive l'intervento di interesse, specificandone modalità, intensità, durata e caratteristiche salienti (es. "improvvisazione musicale in setting individuale, bisettimanale per 12 settimane", "canto terapeutico di gruppo").
- iii. C (Comparison/Control): identifica l'intervento alternativo o di controllo con cui si intende confrontare l'intervento principale (es. "rispetto alla fisioterapia standard", "rispetto a nessun trattamento", "rispetto alla musicoterapia recettiva").
- iv. O (Outcome): specifica i risultati che si intendono misurare per valutare l'efficacia dell'intervento (es. "miglioramento della velocità del cammino", "riduzione dei comportamenti stereotipati", "aumento della verbalizzazione spontanea").

Formulare un quesito clinico secondo il modello PICO permette al musicoterapeuta di:

1. Focalizzare con precisione la domanda di ricerca;
2. Identificare le parole chiave per la ricerca bibliografica;
3. Selezionare gli studi più pertinenti alla situazione clinica specifica;
4. Valutare criticamente la trasferibilità delle evidenze al proprio contesto.

Alcune varianti espanse del modello includono elementi aggiuntivi come T (Time - durata dell'intervento o del follow-up) o S (Setting - contesto in cui avviene l'intervento), creando i formati **PICOT** o **PICOS** per quesiti ancora più specifici (Richardson et al., 1995).

Plugin FX

Nel contesto della produzione musicale digitale, un plugin FX (dove "FX" sta per effects, cioè effetti) è un componente software aggiuntivo che viene integrato in una Digital Audio Workstation (DAW) o in altri programmi di produzione audio per applicare effetti sonori a tracce o segnali audio.

Questi plugin non funzionano in modo autonomo, ma devono essere ospitati da un software principale (host), come un sequencer o un editor audio. I plugin FX possono simulare effetti classici come riverbero, delay, compressore, equalizzatore, chorus, saturazione, distorsione e molti altri, oppure offrire manipolazioni sonore più creative e sperimentali. (Senior, 2011)

Policy

Il termine policy indica un insieme di principi, regole o orientamenti strategici adottati da un'organizzazione, da un'istituzione o da un governo per guidare le decisioni e strutturare le azioni in un determinato ambito (es. educazione, salute, welfare, cultura).

In ambito musicoterapico (e più in generale nelle professioni sociosanitarie), si usa "policy" per riferirsi a documenti ufficiali che stabiliscono criteri di pratica, standard etici, modalità di accesso ai servizi o strategie di advocacy.

Policy-oriented research

Policy-oriented research (ricerca orientata alle politiche) è un tipo di ricerca che si concentra direttamente su temi, problemi o domande rilevanti per chi prende decisioni politiche (policy makers), amministratori pubblici o enti regolatori.

Questa ricerca mira a:

- Analizzare problemi sociali, economici, sanitari, ambientali o educativi che richiedono un intervento pubblico.
- Fornire dati, evidenze e raccomandazioni pratiche che possano essere utilizzate per formulare, implementare o valutare politiche, leggi, regolamenti o programmi pubblici.
- Valutare l'efficacia di politiche esistenti e proporre miglioramenti o alternative basate su dati oggettivi e analisi empiriche.

In altre parole: non si tratta di ricerca teorica o astratta, ma di studi che hanno un impatto diretto sulle scelte politiche e sulle strategie di governo, con l'obiettivo di rendere le decisioni pubbliche più efficaci, eque e basate su prove concrete

Polivagal Theory

Teoria neurofisiologica (Porges) che spiega la regolazione degli stati di sicurezza/attacco tramite il nervo vago; in musicoterapia informa approcci di co-regolazione e prosodia. (Porges, 2011)

Position paper

In italiano si traduce come documento di posizione. Si tratta di un testo ufficiale che espone la posizione, le opinioni o le raccomandazioni di un'organizzazione,

un gruppo o un esperto su un tema specifico, spesso utilizzato per influenzare decisioni politiche, normative o professionali.

Power analysis (analisi della potenza statistica)

Procedura che stima il campione minimo necessario (o la potenza effettiva di uno studio già condotto) affinché un test statistico abbia alta probabilità – di solito $\geq 80\%$ – di rilevare un vero effetto, se esiste. Tiene conto di: dimensione dell'effetto attesa, livello di significatività (α) e varianza dei dati. Evita studi sottodimensionati (falsi negativi) o sovradimensionati (spreco di risorse).

Practice-based guidelines (linee guida basate sulla pratica)

Documenti operativi che nascono dall'osservazione sistematica e dalla riflessione critica sulla pratica clinica reale, piuttosto che esclusivamente da revisioni di studi sperimentali. Raccolgono procedure, protocolli, indicazioni e livelli di evidenza emersi "sul campo", validati attraverso audit interni, dati di outcome routinari e consenso degli operatori esperti. Coordinarne lo sviluppo significa:

- mappare prassi efficaci già consolidate nei servizi;
- confrontarle con la letteratura (evidence-based) per verificarne coerenza;
- redigere raccomandazioni strutturate (obiettivi, step, criteri di sicurezza, indicatori di esito);
- aggiornarle periodicamente in base ai nuovi dati di pratica e di ricerca.

PREMs (Patient-Reported Experience Measures)

Questionari standardizzati che raccolgono, direttamente dal paziente e senza mediazione clinica, la percezione di come è stato erogato il processo di cura (accesso, comunicazione, relazione, continuità, sicurezza). Diversamente dai **PROMs** — che misurano l'esito sullo stato di salute — le PREMs documentano l'esperienza vissuta: verificano se determinate pratiche (es. "ho compreso le informazioni sul trattamento") si sono realizzate e con quale qualità percepita. Per essere impiegate in monitoraggio e miglioramento continuo devono dimostrare validità, affidabilità e sensibilità al cambiamento, oltre a un burden di compilazione compatibile con il setting. Rappresentano un indicatore chiave di patient-centred quality e sono usate in auditing, benchmarking e Value-Based Healthcare

Presenza Mindful

l'espressione indica la capacità del musicoterapeuta di sostare con attenzione aperta, intenzionale e non giudicante nel flusso dell'esperienza momento-per-momento (Geller & Greenberg, 2012)

Preset

Un preset è un insieme di parametri o impostazioni già configurati in precedenza per uno strumento, un effetto, un plugin audio o una traccia all'interno di una Digital Audio Workstation (DAW) o di apparecchiature hardware. Queste impostazioni permettono di ottenere rapidamente un determinato suono, effetto o risultato senza dover regolare manualmente ogni singolo parametro da zero.

Esempi di utilizzo:

- Nei sintetizzatori o campionatori, i preset sono suoni già programmati (come pad, lead, bassi) pronti da usare o modificare.
- Nei plugin di effetti (come riverbero, delay, equalizzatori, compressori), i preset offrono configurazioni tipiche per diversi strumenti o situazioni, facilitando il lavoro di chi produce o mixa musica.
- Nei software di produzione musicale, i preset delle tracce sono modelli che includono varie impostazioni di suono, effetti e routing, utili per velocizzare il flusso di lavoro e mantenere coerenza tra i progetti

Procurement pubblico

Il procurement pubblico è il processo attraverso cui enti e amministrazioni pubbliche acquistano beni, servizi e lavori necessari allo svolgimento delle proprie attività. Comprende tutte le fasi della gestione degli appalti pubblici: dalla programmazione e pubblicazione dei bandi, alla selezione dei fornitori, fino alla stipula e al monitoraggio dei contratti. L'obiettivo è garantire trasparenza, concorrenza leale, efficienza e corretto utilizzo delle risorse pubbliche, secondo le normative vigenti. Da non confondere con Appalto pubblico che è una delle procedure (la più tipica e formale) attraverso cui si realizza il procurement: consiste nella gara vera e propria per l'assegnazione di un contratto pubblico.

PROMs (Patient-Reported Outcome Measures)

Strumenti di misurazione standardizzati e validati, di norma questionari auto-compilati dal paziente, che raccolgono direttamente e senza mediazione clinica la percezione soggettiva di salute, funzionamento, sintomi o qualità di vita prima, durante o dopo un intervento sanitario. Possono essere generici (es. PROMIS-GH) o specifici di patologia (es. QoL-AD); per essere adottati devono dimostrare validità, affidabilità, responsività e un burden di compilazione accettabile. Costituiscono il gold standard per valutare l'efficacia clinica e il valore

Props

Oggetti di supporto (props)– materiali concreti (nastri, palline, teli, ecc.) impiegati per facilitare pattern motori, modulare il focus attentivo o arricchire la dimensione ludico-espressiva.

Prosodia

Elemento dell'espressione vocale che comprende ritmo, intonazione, intensità e timbro; strumentale per trasmettere emozioni e intenzioni in terapia. (Patel, 2008)

Prosodia affettiva

Teoria che studia come le componenti sovrasegmentali del parlato – altezza, intensità, ritmo, tempo, durata, timbro – veicolano stati emotivi e atteggiamenti relazionali indipendentemente dal contenuto semantico delle parole. In altre parole, è “il come lo dici” a trasmettere gioia, tristezza, rabbia, cura o neutralità, prima ancora che “il cosa dici”.

Sul piano neurobiologico l'elaborazione della prosodia affettiva coinvolge prevalentemente emisfero destro, sistema limbico e circuito orbito-frontale-amigdala, con rapida attivazione sottocorticale che rende la decodifica emotiva pressoché istantanea. Infatti neonati e persone con afasia grave possono

riconoscere l'intenzione emotiva da intonazione e ritmo pur non comprendendo il significato linguistico.

PSE (Patterned Sensory Enhancement)

Tecnica di Neurologic Music Therapy che potremmo tradurre come Potenziamento Sensoriale Ritmato. Consiste nell'utilizzare elementi musicali per facilitare movimenti funzionali fornendo informazioni temporali, spaziali e di forza. Applicata nella riabilitazione motoria. (Thaut & Hoemberg, 2014)

PSP (Piano Sviluppo Professionale)

è uno strumento strutturato e personalizzato che consente al musicoterapeuta di pianificare, monitorare e documentare il proprio percorso di crescita professionale in modo intenzionale e continuo. Attraverso la definizione di obiettivi SMART, l'identificazione delle competenze da consolidare o sviluppare (cluster), l'attuazione di azioni formative o cliniche mirate e la raccolta di indicatori di efficacia (KPI), il PSP favorisce un apprendimento riflessivo, sostenibile e allineato agli standard internazionali di formazione continua (*Continuing Professional Development*). Il piano si articola su un orizzonte temporale (solitamente semestrale o annuale) ed è pensato per essere discusso, aggiornato e validato in sede di supervisione, mentoring o valutazione istituzionale.

PT (Physical Therapy / Physiotherapy)

Fisioterapia/fisioterapista

PTSD (Post Traumatic Stress Disorder)

Lo stress post-traumatico è una forma di disagio mentale che si sviluppa in seguito a esperienze fortemente traumatiche.

QALY (Quality-Adjusted Life Year)

Misura che combina quantità e qualità della vita, utilizzata nelle analisi costo-utilità. Permette di valutare l'impatto degli interventi musicoterapici sulla qualità della vita in rapporto ai costi. (Drummond et al., 2015)

QoL (Quality of Life)

Indicatori standardizzati e multidimensionali utilizzati per valutare in modo oggettivo e soggettivo la qualità della vita percepita da una persona, con particolare attenzione a salute fisica, benessere psicologico, relazioni sociali, capacità funzionali e contesto ambientale. Sono fondamentali nella valutazione degli effetti di interventi sanitari, riabilitativi, educativi e psicosociali, inclusi quelli musicoterapici, dove il miglioramento può riguardare aspetti non direttamente clinici ma legati al vissuto, all'autodeterminazione e alla partecipazione.

Esempi di strumenti QoL:

- SF-36 (Short Form-36) – ampiamente usato in ambito medico e riabilitativo;
- WHOQOL-BRE – sviluppato dall'OMS, usato a livello internazionale in ambito socio-sanitario;
- PedsQL– per bambini e adolescenti;
- EQ-5D– usato anche per valutazioni costo-efficacia;
- QoL-AD– specifico per persone con demenza di Alzheimer.

RAS (Rhythmic Auditory Stimulation)

Intervento NMT che utilizza un ritmo esterno, tipicamente metronomo o musica, per sincronizzare passi e migliorare parametri del cammino in disordini neurologici. (Thaut, 2007)

Rating scale

Scale di valutazione

Razzismo strutturale

Il razzismo strutturale (talvolta chiamato anche "sistemico" o "istituzionale") si riferisce a come politiche, pratiche e norme culturali operano all'interno delle istituzioni (compresi i contesti sanitari ed educativi) creando barriere e discriminazioni per persone appartenenti a gruppi razzializzati. Non si tratta di atti individuali di pregiudizio, ma di sistemi che producono risultati disparati in modo sistematico.

In ambito musicoterapico, può manifestarsi ad esempio attraverso:

- Test e strumenti di valutazione non validati su popolazioni diverse
- Repertori musicali che privilegiano tradizioni occidentali
- Protocolli terapeutici che non considerano differenze culturali nei concetti di salute/malattia
- Barriere economiche o geografiche nell'accesso ai servizi

RCT (Randomized Controlled Trial)

Tipo di studio scientifico che assegna casualmente i partecipanti a gruppi di intervento o controllo, considerato il *gold standard* per valutare l'efficacia di un trattamento. Sempre più utilizzato nella ricerca in musicoterapia.

Realist evaluation

La valutazione realista è un approccio alla valutazione di programmi, interventi o politiche che si concentra non solo sul verificare se un intervento “funziona” o meno, ma soprattutto su come, perché, per chi e in quali contesti funziona.

Questo metodo parte dal presupposto che gli effetti di un intervento dipendano fortemente dalle caratteristiche delle persone coinvolte e dal contesto in cui l'intervento viene applicato. La valutazione realista cerca quindi di identificare:

- Meccanismi: quali processi o risorse attiva l'intervento?
- Contesti: in quali situazioni, ambienti o condizioni l'intervento è efficace (o inefficace)?
- Risultati: quali sono gli esiti osservati e come variano a seconda dei diversi contesti e meccanismi?

La domanda chiave della valutazione realista è:

“Cosa funziona, per chi, in quali circostanze, come e perché?”

Reference management tool

Applicazione – desktop o cloud – che aiuta a raccogliere, organizzare, citare e condividere fonti bibliografiche (articoli, libri, tesi, siti web). Importa metadati da banche dati (PubMed, Scopus), genera citazioni e bibliografie in formati standard (APA, Vancouver, Chicago) e sincronizza la libreria tra dispositivi o con i co-autori. Esempi: Zotero, Mendeley, EndNote.

Referral (invio / segnalazione clinica)

Procedura con cui un professionista o un servizio (medico, scuola, assistente sociale) indirizza una persona alla musicoterapia, specificando motivazioni, obiettivi preliminari e informazioni utili alla presa in carico.

Respirazione 4-4-4

è un esercizio di respiro diaframmatico isocrono che, grazie alla sua semplicità mnemonica (tre fasi da quattro), sviluppa controllo ventilatorio, calma fisiologica e base di sostegno vocale

Risk Assessment

La valutazione del rischio è un processo fondamentale all'interno della gestione del rischio (risk management) e consiste nell'identificare, analizzare e stimare i rischi presenti in un determinato contesto (ad esempio un'azienda, un ambiente di lavoro, un progetto, ecc.).

L'obiettivo della valutazione del rischio è:

- Individuare quali sono i potenziali pericoli o minacce.
- Analizzare la probabilità che questi rischi si verifichino.
- Valutare la gravità delle conseguenze associate a ciascun rischio.
- Stabilire le priorità di intervento, cioè decidere su quali rischi agire prima e con quali misure preventive o correttive.

Il processo di risk assessment permette quindi di pianificare azioni strategiche per ridurre, eliminare o gestire i rischi, garantendo così una maggiore sicurezza e sostenibilità delle attività

ROI (Return On Investment)

Indice finanziario che misura il rendimento di un investimento in rapporto al suo costo. Applicato alla musicoterapia per dimostrarne il valore economico oltre che clinico a stakeholder e finanziatori. Quello che per semplicità definiamo rapporto tra costi e benefici. (Edwards, 2016)

ROM (Routine Outcome Measurement)

Sistema di misurazione regolare degli esiti clinici durante il percorso terapeutico, utilizzato per monitorare l'efficacia degli interventi e adattarli in tempo reale. Fondamentale per la pratica evidence-based. (Duncan & Murray, 2012)

Rubrica

Strumento valutativo che descrive livelli qualitativi di prestazione per specifiche competenze mediante criteri e descrittori graduati; nel manuale i livelli sono D-C-B-A. (Castoldi, 2018)

SCOPE (Skills, Competence, Outcomes, Professionalism, Ethics)

Insieme di dimensioni chiave utilizzate per definire e valutare il campo di applicazione professionale di una figura sanitaria, educativa o terapeutica.

In italiano può essere reso come:

Abilità, Competenze, Risultati, Professionalità, Etica.

Il termine è usato anche per identificare l'ambito di pratica professionale autorizzato, cioè i limiti e le responsabilità di un professionista in base alla sua formazione, competenza e codice deontologico.

Screening

Procedura valutativa rapida, standardizzata e basata su prove di validità il cui scopo è identificare in una popolazione asintomatica o eterogenea i soggetti con un'elevata probabilità di presentare un disturbo, un deficit o un fattore di rischio, al fine di indirizzarli a indagini diagnostiche approfondite o a interventi terapeutici tempestivi.

Elementi chiave:

- Selettività e sinteticità – misura pochi indicatori ad alta capacità discriminante;
- Validazione psicometrica – sensibilità (ridurre i falsi negativi) e specificità (ridurre i falsi positivi) note;
- Non diagnostico – non sostituisce la valutazione clinica estesa;
- Costo-efficacia – applicabile su larga scala con minimo impegno di tempo e risorse;
- Funzione di gatekeeper – decide chi necessita di assessment completo o presa in carico immediata.

Script

Uno script è un file di testo contenente istruzioni in un linguaggio formale (Python, SuperCollider, JavaScript Web-Audio, Csound). Qui si lavora con sintassi, funzioni, oggetti e cicli logici: si possono implementare algoritmi generativi complessi, analizzare dati biometrici, automatizzare la registrazione delle sessioni o integrare librerie di intelligenza artificiale. Lo script è più portatile, facile da versionare con Git e potente nell'integrazione con database o sensori, ma richiede familiarità con la programmazione testuale. A differenza di una patch che privilegia l'intuizione visiva e l'immediatezza "plug-and-play", lo script offre controllo fine, scalabilità e automazione.

Self disclosure

Traduzione: autorivelazione (del terapeuta)

La self disclosure in psicoterapia (e in musicoterapia) è l'atto intenzionale con cui il terapeuta condivide con l'utente aspetti della propria esperienza personale, emozioni, vissuti o pensieri, sia relativi al presente della seduta sia al proprio passato. Può essere usata come strumento clinico per normalizzare vissuti, rafforzare l'alleanza terapeutica, favorire l'empatia o facilitare processi di cambiamento. Tuttavia, la self disclosure deve essere sempre valutata con attenzione: eccessi o inapproprietezze rischiano di spostare il focus dalla persona al terapeuta o di confondere i ruoli. In italiano il termine più usato è autorivelazione, ma si trova anche auto-divulgazione o condivisione di sé.

SEM (Structural Equation Modeling)

Tecnica statistica che combina analisi fattoriale e regressione multipla per testare relazioni causali tra variabili. Utilizzata in ricerca musicoterapica avanzata per modellare processi complessi. (Kline, 2015)

Setting

È la cornice stabile entro cui si svolge la seduta: luogo fisico (acustica, privacy, disposizione degli strumenti), orario e durata, composizione del gruppo o della diade, routine di apertura/chiusura, modalità di documentazione, gestione dei materiali audio-video, accordi finanziari. Un setting chiaro favorisce senso di protezione, orientamento e continuità terapeutica.

Shared Goal Model

Il Shared Goal Model (Modello degli Obiettivi Condivisi) rappresenta un paradigma collaborativo di relazione terapeutica in cui professionista e utente co-costruiscono attivamente obiettivi significativi e reciprocamente accettati. Questo modello supera l'approccio tradizionale in cui il clinico stabilisce unilateralmente target di intervento, favorendo invece un processo dialogico che valorizza l'expertise esperienziale della persona e il suo diritto all'autodeterminazione.

Nel contesto musicoterapico, il Shared Goal Model si manifesta attraverso:

1. Esplorazione congiunta di risorse, preferenze e aspirazioni musicali dell'utente
2. Negoziazione trasparente delle priorità terapeutiche
3. Formulazione collaborativa di obiettivi che riflettono valori e significati personali
4. Revisione periodica partecipata dei progressi verso gli obiettivi

Questo approccio, radicato nella prospettiva della recovery e dell'empowerment, favorisce un maggiore engagement, una migliore alleanza terapeutica e risultati più sostenibili nel tempo, poiché gli obiettivi sono intrinsecamente motivanti e culturalmente rilevanti per la persona.

La letteratura evidence-based dimostra che interventi basati su obiettivi condivisi producono maggiore soddisfazione, aderenza al trattamento e outcome clinici superiori rispetto agli approcci direttivi tradizionali (Rolvjord, 2010; Levack et al., 2016).

SLT (Speech and Language Therapy)
logopedia | terapia del linguaggio

Sincronizzazione MIDI/OSC

La sincronizzazione MIDI/OSC è il processo che permette a più dispositivi, software o strumenti musicali digitali di lavorare insieme in modo perfettamente coordinato, mantenendo la stessa velocità, posizione temporale e fase durante la riproduzione o la produzione musicale.

a) Sincronizzazione MIDI

- Il protocollo MIDI consente di sincronizzare sequencer, drum machine, sintetizzatori e software audio tramite segnali di clock (MIDI Clock) o timecode (MIDI Time Code, MTC).
- Il MIDI Clock trasmette impulsi regolari che determinano il tempo (BPM) e la posizione musicale, assicurando che tutti i dispositivi collegati seguano lo stesso ritmo e avanzino insieme nella traccia.

- Il MIDI Time Code, invece, gestisce la sincronizzazione basata sul tempo assoluto, utile per allineare audio e video o per lavorare con frame precisi, ad esempio in colonne sonore per film.

b) Sincronizzazione OSC

- OSC (Open Sound Control) è un protocollo più recente rispetto al MIDI, pensato per la comunicazione tra computer, strumenti musicali digitali e dispositivi multimediali tramite rete (Ethernet o Wi-Fi).
- La sincronizzazione tramite OSC si basa sull'invio di messaggi di sincronizzazione da un dispositivo "master" a uno o più dispositivi "slave", permettendo un allineamento molto preciso anche in reti eterogenee e distribuite.
- OSC è particolarmente apprezzato per la sua flessibilità e la capacità di gestire sincronizzazioni su larga scala e con latenze molto basse, anche in contesti di musica elettronica, performance multimediali e installazioni interattive

SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound)

Acronimo usato nella progettazione clinica e nella definizione di obiettivi:

- I. Specific / Specifico (chiaro, univoco),
- II. Measurable / Misurabile (quantificabile con indicatori),
- III. Achievable / Attuabile (realistico in rapporto alle risorse e alle capacità dell'utente),
- IV. Relevant / Rilevante (coerente con i bisogni funzionali e le finalità terapeutiche), Time-bound / Temporalmente definito (dotato di una scadenza o milestone).

Adottare criteri SMART garantisce tracciabilità, valutazione oggettiva dei progressi e *accountability* interdisciplinare. (Doran, 1981)

SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan)

L'acronimo SOAP è ampiamente utilizzato nella documentazione clinica e sta per:

S – Subjective (Soggettivo)

Le informazioni riferite direttamente dalla persona coinvolta (es. cliente, paziente, caregiver). Include esperienze, emozioni, sintomi, racconti personali.

Esempio: "Il paziente riferisce di sentirsi agitato e stanco."

O – Objective (Oggettivo)

Osservazioni misurabili e verificabili da parte del professionista. Dati raccolti durante la seduta o tramite strumenti standardizzati.

Esempio: *"Durante l'improvvisazione vocale, il paziente mantiene un ritmo costante e un tono elevato."*

A – Assessment (Valutazione)

Interpretazione clinica del professionista, che integra le informazioni soggettive e oggettive. Descrive il significato clinico o musicoterapico degli elementi emersi.

Esempio: *"La difficoltà a variare il ritmo potrebbe indicare rigidità emotiva o ansia."*

P – Plan (Piano)

Le azioni previste o suggerite per la prosecuzione dell'intervento. Può includere obiettivi, tecniche, modifiche del setting o indicazioni per il lavoro futuro.

Esempio: *“Si prevede di introdurre elementi di call & response per stimolare il dialogo musicale.”*

È un formato nato in ambito medico ma molto utilizzato anche in musicoterapia, soprattutto nei contesti dove è richiesta una documentazione sistematica e professionale del processo terapeutico. Usato per redigere note concise ma complete, garantendo continuità e tracciabilità tra professionisti.

Sociometria

La sociometria è la metodologia – ideata dallo psichiatra Jacob L. Moreno – che misura, rappresenta e aiuta a trasformare le scelte interpersonali all'interno di un gruppo. Attraverso semplici domande (“con chi desideri lavorare?”, “da chi ti senti distante?”) si raccolgono dati di attrazione, rifiuto o indifferenza fra i membri; questi vengono poi tradotti in un sociogramma, un grafo che rende visibili ruoli, sottogruppi, isolati e linee di influenza.

Questa pratica poggia su quattro pilastri operativi strettamente intrecciati:

1. La scelta come unità di misura – Ogni preferenza (positiva, negativa o neutra) viene registrata come dato primario, più affidabile delle impressioni globali: ciò garantisce una fotografia precisa delle relazioni reali, non di quelle presunte.
2. Integrazione quantitativo-qualitativa – Al conteggio di frecce e gradi di centralità si affianca l'analisi narrativa dei motivi sottostanti: il numero descrive quanto forte è il legame, la storia spiega perché esiste o manca.
3. Visualizzazione grafica – Il sociogramma, disegnato a mano o con software, consente di cogliere a colpo d'occhio pattern di potere, esclusione o alleanza: vedere le distanze relazionali spesso genera insight immediati sia per il conduttore sia per i partecipanti.
4. Intervento circolare e valutazione nel tempo – Una volta visibile la “geografia affettiva”, il musicoterapeuta propone attività mirate (ad esempio duetti fra “isolati” e “stelle” in una drum-circle) e ripete la mappatura dopo alcune sessioni per monitorare l'evoluzione delle linee: la misurazione diventa parte integrante del cambiamento.

In sintesi, la sociometria funziona come un'ecografia delle connessioni sociali: rende trasparenti forze attrattive e repulsive che orientano la vita del gruppo, offrendo al musicoterapeuta dati concreti per progettare esperienze musicali capaci di spostare quelle traiettorie verso maggiore inclusione, equità e resilienza comunitaria.

Soundscape

Il termine (in italiano paesaggio sonoro) indica un ambiente acustico continuo e immersivo, creato dal musicoterapeuta con registrazioni ambientali, campionamenti o sintesi digitale. A differenza di un brano strutturato, il

soundscape non possiede forma strofica: è un tessuto sonoro elastico che può essere modulato in tempo reale per rispondere agli stati del paziente.

Nel lavoro clinico svolge più funzioni complementari. Sul piano fisiologico permette di regolare l'arousal: ad esempio un bordone/pedale sub-armonici o onde ritmiche "alpha-like" inducono rilassamento progressivo, mentre texture più ricche sostengono la vigilanza in training motori. Dal punto di vista relazionale funge da "holding percettivo", riempiendo il silenzio potenzialmente ansiogeno e creando un campo sonoro sicuro entro cui avviene l'incontro terapeutico. Sul versante immaginativo favorisce processi di imagery & music e songwriting autobiografico, perché evoca luoghi, ricordi o stati emotivi che il paziente può esplorare narrativamente. In ambito inclusivo, infine, il soundscape offre a utenti con limitata motricità un mezzo di partecipazione attiva: anche un singolo gesto – per esempio la variazione di un filtro – produce cambiamenti percepibili nel paesaggio sonoro, aumentando senso di controllo ed empowerment.

SOVT (Semi Occluded Vocal Tract) Exercises

Routine di vocalizzazione in cui l'uscita d'aria è parzialmente ostacolata: si crea così una lieve contro-pressione che mantiene le pliche vocali in adduzione elegante, riduce lo sforzo laringeo e ottimizza la risonanza. Esempi tipici sono il *lip trill* (vibrazione delle labbra), il *tongue trill*, il *hum* nasale, la fonazione dentro una cannuccia ("straw phonation") o in tubo immerso in acqua.

Sociometry

Metodologia quantitativa-qualitativa, ideata da J.L. Moreno, per l'analisi delle relazioni interpersonali e dei ruoli all'interno di un gruppo; usata per mappare coesione e sottogruppi. (Moreno, 1953)

Songwriting

Tecnica compositiva terapeutica in cui paziente e terapeuta co-creano testi e musica; favorisce narrazione, agency e ristrutturazione di vissuti emotivi. (Baker & Wigram, 2005)

Speech Entrainment

Tecnica NMT in cui paziente con disturbi del linguaggio ripete frasi in sincronia ritmica/intonativa con il terapeuta, facilitando fluidità verbale. (Thaut & Hoemberg, 2014)

Spettro Frequenziale Terapeutico

Lo spettro frequenziale terapeutico rappresenta la selezione intenzionale e clinicamente mirata di specifiche bande di frequenza sonora per ottenere effetti fisiologici, neuropsicologici ed emotivi calibrati sui bisogni dell'utente. Questo approccio si basa sull'evidenza che diverse frequenze acustiche interagiscono in modo differenziato con i sistemi nervoso, endocrino e immunitario.

In musicoterapia, la modulazione consapevole dello spettro frequenziale si realizza attraverso:

- i. Frequenze basse (20-250 Hz): associate alla stimolazione propriocettiva e vibrotattile, con effetti di grounding, rilassamento profondo e regolazione

dell'arousal. Particolarmente efficaci nei disturbi d'ansia, ADHD e ipersensibilità sensoriale.

- ii. Frequenze medio-basse (250-500 Hz): collegate alla voce parlata maschile e a strumenti come violoncello e trombone, favoriscono il senso di stabilità e contenimento emotivo. Utili nei contesti di trauma e in hospice.
- iii. Frequenze medie (500-2000 Hz): corrispondenti alla maggior parte della voce parlata e cantata, facilitano la comunicazione, la connessione interpersonale e la regolazione emotiva. Fondamentali negli interventi con disturbi del linguaggio e dell'interazione sociale.
- iv. Frequenze alte (2000-8000 Hz): associate a maggiore attivazione corticale, attenzione e vigilanza. Utilizzate in interventi con persone con demenza, stati di minima coscienza e neglect.

L'efficacia di questo approccio è supportata da studi neurofisiologici che documentano le diverse risposte cerebrali a stimoli frequenziali specifici e da ricerche cliniche sugli effetti della stimolazione acustica selettiva (Koelsch, 2014; Thaut & Hoemberg, 2014).

Il musicoterapeuta esperto integra questa conoscenza nelle scelte di strumentario, tonalità, timbro vocale e arrangiamento, personalizzando l'ambiente sonoro-frequenziale in base agli obiettivi terapeutici e alle reazioni individuali dell'utente.

Spettrografia vocale

Esame acustico che scompone la voce nei suoi componenti di frequenza (armonici, formanti, rumore). Attraverso spettrogrammi e misure come rapporto armonico/rumore, jitter, shimmer, il terapeuta valuta qualità timbrica, efficienza di risonanza e presenza di turbolenze glottiche. Integra le osservazioni percettive con indicatori numerici utili a documentare i progressi e a comparare diverse tecniche di emissione.

SPIRIT (Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials)

In italiano potremmo tradurlo come: Voci standard di protocollo: raccomandazioni per gli studi clinici interventistici

Lo SPIRIT Statement è un'iniziativa internazionale che fornisce una guida dettagliata alla stesura dei protocolli di ricerca clinica. Il suo obiettivo è garantire che i protocolli di studio – cioè i documenti che descrivono in modo formale come verrà condotto uno studio clinico – contengano tutte le informazioni essenziali per valutarne la validità scientifica, l'etica e la fattibilità.

Introdotta nel 2013, lo SPIRIT Statement nasce dalla constatazione che molti protocolli clinici sono incompleti, ambigui o scarsamente strutturati, con ricadute negative sulla qualità della ricerca, la sicurezza dei partecipanti e la trasparenza scientifica.

Il documento SPIRIT include una checklist di 33 voci che coprono:

- i. Contesto scientifico e razionale dello studio
- ii. Obiettivi e ipotesi
- iii. Disegno dello studio (es. randomizzazione, cecità)
- iv. Partecipanti: criteri di inclusione ed esclusione
- v. Interventi: descrizione dettagliata degli interventi previsti

- vi. Esiti primari e secondari
- vii. Metodi statistici
- viii. Aspetti etici e di monitoraggio

Ogni voce è accompagnata da una spiegazione sul perché è importante e su come dovrebbe essere formulata.

Lo SPIRIT è complementare al CONSORT Statement:

- SPIRIT si usa prima dello studio, per scrivere protocolli.
- CONSORT si usa dopo, per riportare i risultati in articoli scientifici.

Esistono anche versioni adattate di SPIRIT per contesti specifici: ad esempio SPIRIT-PRO (per misure di esito riferite dal paziente), SPIRIT-AI (per studi che includono intelligenza artificiale), ecc.

SROI (Social Return On Investment)

Il Social Return On Investment rappresenta una metodologia avanzata di valutazione che quantifica il valore sociale, ambientale ed economico generato da un intervento, esprimendolo come ratio monetaria. A differenza del ROI tradizionale, che misura esclusivamente i ritorni finanziari, l'SROI cattura in modo sistematico l'impatto olistico delle attività, inclusi i benefici intangibili, traducendoli in equivalenti monetari attraverso proxy finanziarie.

Questa metodologia segue un processo rigoroso in sei fasi: 1) definizione del perimetro d'analisi e identificazione degli stakeholder; 2) mappatura degli outcome con gli stakeholder; 3) evidenziazione degli outcome e attribuzione di un valore; 4) determinazione dell'impatto effettivo (considerando deadweight, displacement, attribution e drop-off); 5) calcolo del ratio SROI; 6) reporting, utilizzo e integrazione.

In musicoterapia, l'SROI permette di dimostrare come interventi che potrebbero apparire costosi in termini di risorse dirette (personale specializzato, strumenti, spazi) generino in realtà valore sostanziale per diversi stakeholder: per i pazienti (miglioramento qualità di vita, benessere psicologico, funzionalità), per i caregiver (riduzione del burden assistenziale, migliore relazione), per le istituzioni sanitarie (riduzione di ospedalizzazione, consumo farmaci, complicanze) e per la comunità (inclusione sociale, partecipazione culturale).

Questa rappresentazione multidimensionale del valore è particolarmente preziosa per la sostenibilità e l'advocacy della professione, poiché fornisce agli enti finanziatori e ai decisori politici una visione completa che va oltre i tradizionali indicatori economici, rivelando come per ogni euro investito in programmi musicoterapici si possano generare ritorni sociali significativamente superiori (Arvidson et al., 2013; Tapson et al., 2018).

Stakeholder

Uno stakeholder è un individuo, gruppo o organizzazione che ha un interesse nelle attività, nei risultati o nelle decisioni di un'impresa, di un progetto o di un'iniziativa, e che può influenzare o essere influenzato da esse. Gli stakeholder possono essere sia interni (ad esempio dipendenti, manager, proprietari) sia esterni (come clienti, fornitori, investitori, comunità locali, enti pubblici, associazioni di categoria, ecc.). In senso più ampio, il termine comprende tutti i soggetti che, direttamente o indirettamente, sono coinvolti o impattati

dall'attività di un'organizzazione o di un progetto, anche se non hanno un potere decisionale diretto

Systematic review

Una revisione sistematica è un tipo di studio scientifico che raccoglie, valuta e sintetizza in modo rigoroso e trasparente tutte le evidenze disponibili su una specifica domanda di ricerca o argomento.

Caratteristiche principali:

- Utilizza una metodologia predefinita e replicabile per identificare, selezionare e analizzare gli studi rilevanti.
- Minimizza i bias attraverso criteri chiari di inclusione/esclusione e una valutazione critica della qualità degli studi.
- Fornisce una sintesi complessiva e bilanciata delle evidenze, spesso con l'ausilio di metanalisi.

Le revisioni sistematiche sono fondamentali per informare decisioni cliniche, politiche sanitarie e ulteriori ricerche, poiché offrono una panoramica completa e affidabile dello stato dell'arte su un tema specifico.

Tapping bilaterale

Serie di piccoli colpi ritmici alternati destra-sinistra prodotti con mani, dita, egg-shaker eseguiti mentre si mantiene l'attenzione sul respiro o su un accompagnamento sonoro regolare. La stimolazione alternata ingaggia entrambi gli emisferi sensoriali, aumenta la variabilità cardiaca e favorisce la risposta parasimpatica, producendo un rapido effetto di calma vigile e grounding corporeo. (Faulkner, 2023)

Tele Music Therapy (Tele MT)

Erogazione sincrona o asincrona di interventi musicoterapici tramite piattaforme audio video, con attenzione a latenza, privacy e setting. (Glover, 2020)

Teoria Polivagale

La teoria polivagale, proposta da Stephen Porges, descrive il ruolo evolutivo e funzionale del nervo vago nel regolare le risposte fisiologiche allo stress, le emozioni e le relazioni sociali. Secondo questa teoria, il sistema nervoso parasimpatico non è unitario, ma suddiviso in due rami: il sistema vagale ventrale (che favorisce l'ingaggio sociale, la calma e la connessione) e il sistema vagale dorsale (che può portare a immobilizzazione o shutdown in situazioni di pericolo estremo). La teoria suggerisce che la regolazione autonoma delle emozioni e la capacità di co-regolarsi con gli altri siano profondamente legate allo stato del sistema nervoso autonomo. In ambito musicoterapico, questa teoria viene spesso utilizzata per comprendere e facilitare la regolazione emotiva attraverso la musica e la relazione

Teorie di Yalom

Irvin D. Yalom, psichiatra e psicoterapeuta statunitense formatosi a Stanford, ha collocato la psicoterapia di gruppo in una prospettiva esistenziale in cui il "qui-ed-ora" costituisce il laboratorio privilegiato per l'osservazione e la trasformazione delle dinamiche interpersonali. Nel suo testo cardine *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (Yalom & Leszcz, 2020) egli individua undici fattori

terapeutici – dall’instillazione della speranza alla coesione di gruppo, dalla catarsi all’apprendimento interpersonale – che operano congiuntamente come motori del cambiamento clinico. Tali fattori si dispiegano all’interno di un processo evolutivo che attraversa fasi di orientamento, conflitto, coesione e chiusura, ognuna caratterizzata da compiti specifici per il conduttore e per i partecipanti. Il terapeuta, nella visione di Yalom, assume la triplice funzione di creare e mantenere il setting, modellare la cultura del gruppo e far emergere—rendendoli espliciti—i vissuti affettivi e relazionali che si giocano nell’immediatezza dell’incontro, poiché l’elaborazione condivisa del momento presente diventa ponte verso insight individuali e crescita collettiva. Sullo sfondo, la sua opera *Existential Psychotherapy* (Yalom, 1980) ricorda che ogni percorso clinico, individuale o di gruppo, è attraversato dalle “preoccupazioni ultime” della condizione umana—morte, libertà, isolamento e mancanza di senso—e che il compito terapeutico consiste nel confrontarsi creativamente con esse. Questa cornice teorica, integrata nei cluster di competenza sulla gestione di gruppo, offre al musicoterapeuta linee guida per leggere i processi sonoro-relazionali non solo come eventi musicali, ma come microcosmi esistenziali in cui la condivisione estetica diventa leva di trasformazione personale e comunitaria.

Theory of change:

La teoria del cambiamento è un modello logico e partecipativo che aiuta a pianificare, monitorare e valutare programmi complessi.

Descrive come e perché un determinato intervento dovrebbe portare ai cambiamenti desiderati, esplicitando la catena causale tra:

- Risorse (input)
- Attività (azioni svolte)
- Output (prodotti o servizi realizzati)
- Outcome (risultati intermedi, cambiamenti nei comportamenti o nelle condizioni)
- Impact (cambiamento finale, obiettivo di lungo termine)

La teoria del cambiamento aiuta a rendere trasparente la logica del programma, a coinvolgere i portatori di interesse e a individuare indicatori utili per la valutazione.

TIDieR (Template for Intervention Description and Replication)

Il TIDieR è una checklist standardizzata in 12 punti sviluppata da un consorzio internazionale di ricercatori per migliorare la completezza, la trasparenza e la riproducibilità nella descrizione degli interventi non farmacologici in ambito sanitario. Pubblicata nel 2014 come estensione delle linee guida CONSORT e SPIRIT, questa checklist risponde alla problematica critica della "scatola nera" degli interventi complessi, troppo spesso descritti in modo insufficiente nella letteratura scientifica.

I 12 elementi essenziali del TIDieR comprendono:

1. Nome dell'intervento - Denominazione o frase che identifica l'intervento
2. Razionale - Teoria o elementi chiave alla base dell'intervento
3. Materiali - Risorse fisiche o informative utilizzate
4. Procedure - Attività e processi dell'intervento
5. Provider - Competenze e formazione di chi eroga l'intervento
6. Modalità di erogazione - Individuale o gruppo, in presenza o remoto

7. Luogo - Contesto fisico dell'intervento
8. Tempistica e dosaggio - Numero, frequenza e durata delle sessioni
9. Personalizzazione - Adattamenti previsti per specifici individui
10. Modifiche - Cambiamenti durante lo studio rispetto al protocollo pianificato
11. Aderenza pianificata - Strategie per favorire la compliance
12. Aderenza effettiva - Valutazione dell'implementazione reale

In musicoterapia, l'adozione del TIDieR riveste particolare importanza per diverse ragioni:

- Complessità multimodale: Gli interventi musicoterapici combinano elementi musicali, relazionali e psicologici difficili da standardizzare;
- Variabilità delle pratiche: La diversità di approcci e tecniche richiede descrizioni particolarmente dettagliate;
- Replicabilità clinica: Permette ai clinici di implementare interventi evidence-based con fedeltà;
- Sintesi della ricerca: Facilita la produzione di revisioni sistematiche e meta-analisi accurate.

L'applicazione sistematica del TIDieR nei protocolli di ricerca e nelle pubblicazioni musicoterapiche sta contribuendo significativamente all'avanzamento della disciplina verso standard metodologici più rigorosi e alla crescente credibilità scientifica della professione (Hoffmann et al., 2014; Robb et al., 2018).

Timing

Tempistica

TIMP (Therapeutic Instrumental Music Performance)

Tecnica di Neurologic Music Therapy che utilizza strumenti musicali per esercitare movimenti funzionali, adattati alle esigenze riabilitative specifiche del paziente. (Thaut & Hoemberg, 2014)

Toning

Emissione prolungata di vocali su frequenze fondamentali basse/medie per favorire rilassamento e risonanza corporea; usato in voce terapia. (Newham, 1999)

Trade-off (compromesso, bilanciamento costi-benefici)

Scelta che richiede di sacrificare un aspetto (tempo, costo, qualità, complessità) per ottenerne un altro di valore equivalente o superiore. In pratica equivale a valutare “cosa guadagno e cosa perdo” tra due opzioni concorrenti.

Trauma-informed (trauma-informed care)

L'approccio trauma-informed (trauma-informed care) si basa sulla consapevolezza che molte persone hanno vissuto esperienze traumatiche che possono influenzare il loro benessere psicofisico nel presente.

Questo modello:

- pone attenzione alla storia di vita della persona e a come i sintomi o i comportamenti possano essere collegati a traumi passati,

- si concentra sulle risorse e sui punti di forza della persona, non solo sui sintomi,
- promuove una relazione di cura che sia rispettosa, empatica e non giudicante,
- coinvolge attivamente la persona nel percorso di cura, riconoscendola come risorsa per sé stessa,
- mira a evitare qualsiasi intervento che possa togliere potere o controllo alla persona, favorendo invece empowerment e resilienza

TSRM e PSTRP

TSRM: è l'acronimo di Tecnico Sanitario di Radiologia Medica.

PSTRP: sta per Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione.

La Federazione nazionale degli Ordini TSRM e PSTRP (FNO TSRM e PSTRP) è l'ente pubblico che raccoglie e rappresenta gli ordini professionali di 18 (in origine 19) professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, tra cui: Tecnici sanitari di radiologia medica (TSRM)

Logopedisti, terapisti occupazionali, dietisti, educatori professionali, tecnici di laboratorio biomedico, tecnici ortopedici, igienisti dentali, podologi, audiometristi, audioprotesisti, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, e altri.

La Federazione è stata riformata e ampliata dalla Legge 3/2018 (legge Lorenzin), che ha riunito queste professioni in un unico organismo istituzionale, con l'obiettivo di tutelare la professionalità, regolamentare l'accesso alla professione e contrastare l'abusivismo in ambito sanitario

Turn Taking

Organizzazione dialogica dei tempi di intervento sonoro-verbale fra due o più interlocutori, che in musicoterapia diventa parametro clinico di sincronizzazione relazionale. (Trondalen & Skårderud, 2007)

Universal Design

Il Universal Design (Progettazione Universale) rappresenta un paradigma progettuale che mira a creare ambienti, prodotti, servizi e sistemi utilizzabili da tutte le persone, nella più ampia gamma possibile di abilità, età, caratteristiche fisiche e cognitive, senza necessità di adattamenti o soluzioni speciali. Sviluppato inizialmente in architettura da Ronald Mace, questo approccio si fonda su sette principi fondamentali: uso equo, flessibilità d'uso, semplicità e intuitività, percettibilità delle informazioni, tolleranza all'errore, contenimento dello sforzo fisico, e dimensioni e spazi adeguati.

In musicoterapia, il Universal Design si traduce in pratiche concrete che promuovono accessibilità e inclusione a molteplici livelli:

- i. Accessibilità strumentale: progettazione di strumenti musicali e dispositivi digitali manipolabili anche da persone con limitazioni motorie, sensoriali o cognitive (controller touch-screen, adattatori per battenti, strumenti controllabili con movimenti minimi o tramite interfacce BCI)
- ii. Accessibilità ambientale: creazione di spazi musicoterapici con caratteristiche acustiche modulabili, accessibili a sedie a rotelle, dotati di

supporti visivi per non udenti e indicazioni tattili per non vedenti, illuminazione regolabile per persone con sensibilità visiva

- iii. Accessibilità metodologica: sviluppo di protocolli e attività musicali adattabili a diversi livelli di funzionamento e stili di apprendimento, utilizzando molteplici modalità sensoriali e offrendo opzioni di partecipazione graduabili
- iv. Accessibilità comunicativa: impiego di sistemi di comunicazione multimodale (verbale, visiva, gestuale, sonora) e materiali informativi in formati diversificati (testo semplificato, simboli, audio, diverse lingue)

Il musicoterapeuta che opera secondo i principi del Universal Design non si limita ad adattare a posteriori le attività per specifici utenti con disabilità, ma progetta fin dall'inizio esperienze musicali inclusive che consentono a persone con diversi profili funzionali di partecipare significativamente secondo le proprie possibilità. Questo approccio supera la logica dei "bisogni speciali" in favore di una visione che riconosce la diversità umana come condizione ordinaria e progetta di conseguenza (Burgstahler, 2008; Darrow & Adamek, 2018).

Uptake

Letteralmente "assorbimento" o "adozione". Nel monitoraggio della knowledge translation indica quanto, quanto presto e da chi i risultati di ricerca o le nuove linee guida vengono effettivamente messi in pratica.

Esempi di misura dell'uptake:

- percentuale di terapeuti che usano un nuovo protocollo dopo 6 mesi;
- numero di servizi che inseriscono la scheda PROM in cartella entro l'anno;
- tempo medio trascorso fra pubblicazione di evidenza e utilizzo clinico.

Dunque, "misura uptake e cambiamento di pratica" significa rilevare sia il tasso di adozione delle innovazioni (uptake) sia le modifiche concrete nei comportamenti professionali che ne derivano.

Validità

La validità indica quanto uno strumento di misura effettivamente valuta ciò che si propone di misurare.

Esempio: Una scala che si propone di misurare la comunicazione musicale è valida se i suoi risultati riflettono davvero la capacità comunicativa musicale del paziente, e non altri aspetti come la motricità o l'umore.

Uno strumento valido permette di trarre conclusioni corrette e significative sui fenomeni osservati.

Validità ecologica

La validità ecologica rappresenta il grado in cui i risultati di una ricerca, gli strumenti di valutazione o gli interventi clinici riflettono accuratamente i comportamenti, le esperienze e i processi che avvengono nei contesti naturali di vita della persona. Questo costrutto, fondamentale nella ricerca applicata, indica quanto le evidenze raccolte in condizioni controllate (laboratorio, setting clinico) siano generalizzabili e rilevanti per le situazioni reali.

In musicoterapia, la validità ecologica assume particolare importanza in tre dimensioni principali:

- i. Validità ecologica dell'assessment: Gli strumenti di valutazione musicoterapica devono catturare modalità comunicative, relazionali ed espressive che siano rappresentative del funzionamento quotidiano dell'utente. Un esempio è l'uso di repertori musicali personalmente significativi anziché brani standardizzati, o l'osservazione in contesti naturali (casa, scuola, struttura residenziale) oltre che nella stanza di terapia.
- ii. Validità ecologica dell'intervento: Le esperienze musicali proposte devono essere trasferibili nel contesto di vita del paziente, coinvolgendo risorse personali e ambientali realmente disponibili. L'efficacia di un intervento musicoterapico si misura non solo nei cambiamenti osservabili durante la sessione, ma nella capacità di influenzare positivamente la qualità di vita quotidiana.
- iii. Validità ecologica della ricerca: I disegni sperimentali in musicoterapia devono bilanciare il rigore metodologico con la realtà clinica, preferendo, quando possibile, ricerche in contesti naturalistici, misure ripetute nel tempo, e outcome funzionali rilevanti per l'utente e il suo sistema.

Bronfenbrenner (1977) ha sottolineato come la validità ecologica richieda di considerare l'intero ecosistema della persona (micro, meso, eso e macrosistema), mentre Kazdin (2010) ha evidenziato l'importanza di valutare non solo la significatività statistica ma anche la significatività clinica e sociale degli interventi nel loro impatto sulla vita reale.

VBHC (Value-Based Healthcare)

Modello di organizzazione sanitaria in cui il successo di un trattamento si misura in termini di valore per il paziente: benefici clinici percepiti, ottenuti con il miglior uso possibile delle risorse.

Caratteristiche principali:

- Focus sugli outcome misurabili, non solo sui servizi erogati (es. miglioramento della QoL, riduzione del dolore, ritorno alla partecipazione sociale).
- Misurazione dei PROMs/PREMs: il valore è definito da ciò che conta per il paziente, non solo da indicatori clinici “dall’alto”.
- Ragionamento su cicli di cura completi, non su singole prestazioni: si valuta quanto “vale” l'intero percorso (es. riabilitazione post-ictus con musicoterapia inclusa).
- Efficienza e sostenibilità: un intervento è valorizzato se ottiene buoni esiti con risorse proporzionate o inferiori rispetto ad alternative meno efficaci.

Nell'ambito della musicoterapia, implica progettare interventi basati su esiti rilevanti, sostenibilità economica e continuità interdisciplinare.

VIT (Vocal Intonation Therapy)

Tecnica di Neurologic Music Therapy che utilizza il canto e l'intonazione per la riabilitazione di funzioni linguistiche, particolarmente efficace nell'afasia e altre patologie neurologiche del linguaggio. (Thaut & Hoemberg, 2014)

Vocal holding

Consiste nel sostenere – con la propria voce – un suono prolungato, un bordone o una linea melodica estremamente semplice, su cui il paziente può appoggiarsi

vocalmente. Il terapeuta offre così un “contenitore sonoro” stabile: la continuità del timbro, dell’intonazione e del respiro crea sicurezza, permette regressione controllata e favorisce l’emergere di suoni spontanei da parte dell’utente. Guidare il vocal holding significa scegliere altezza, registro e dinamica adeguati, modulare lievemente il contorno per seguire gli affetti del paziente e chiudere l’esperienza in modo graduale, integrando eventuale verbalizzazione successiva.

Vocologia clinica

Disciplina specialistica che applica le scienze della voce (foniatria, fisiologia, acustica) alla prevenzione, valutazione e riabilitazione dei disturbi vocali. Fornisce al musicoterapeuta strumenti per analizzare postura laringea, modalità di adduzione, estensione e resistenza fonatoria, così da impostare esercizi mirati e monitorare l’efficacia del training vocale.

Voicing

Distribuzione verticale delle note di un accordo in uno specifico registro; influenza densità, timbro e funzione armonica. (Levine, 1995)

VR/AR (Virtual Reality/Augmented Reality)

La realtà virtuale (VR) e la realtà aumentata (AR) sono tecnologie che, pur condividendo l’obiettivo di creare esperienze immersive, si differenziano per il modo in cui interagiscono con l’ambiente dell’utente. La VR crea un ambiente completamente simulato e immersivo, isolando l’utente dal mondo reale e trasportandolo in uno spazio digitale tridimensionale, mentre l’AR arricchisce l’ambiente reale sovrapponendo elementi digitali visivi, sonori o tattili, mantenendo la percezione del contesto fisico circostante.

In ambito musicoterapico, queste tecnologie aprono nuove e promettenti possibilità. La VR consente di immergere il paziente in ambienti sonori e visivi controllati, personalizzati e altamente coinvolgenti, che possono facilitare il rilassamento, la gestione dell’ansia, il supporto nei processi riabilitativi e l’esplorazione emotiva attraverso esperienze multisensoriali. Ad esempio, sistemi come REALICA integrano la VR con principi di musicoterapia, ipnoterapia clinica e tecniche di respirazione per ridurre dolore e ansia in ambito ospedaliero, offrendo un’esperienza di sedazione virtuale che distrae efficacemente il paziente durante trattamenti medici.

La realtà aumentata, invece, offre strumenti che arricchiscono l’esperienza musicale e terapeutica sovrapponendo informazioni digitali al mondo reale. In musicoterapia, ciò si traduce in applicazioni che facilitano l’apprendimento di strumenti musicali attraverso visualizzazioni interattive (ad esempio, illuminando i tasti del pianoforte o mostrando la posizione delle dita sulla chitarra), la creazione musicale assistita con spartiti e schemi di accordi fluttuanti, e performance interattive in cui il pubblico può interagire con elementi visivi e sonori in tempo reale.

Inoltre, l’AR permette di sviluppare esperienze musicali adattive e personalizzate, capaci di rispondere allo stato emotivo e fisico dell’utente, come concerti virtuali in cui la scaletta si modifica in base alle reazioni del pubblico o ambienti sonori che si adattano ai movimenti e alle emozioni dell’ascoltatore, ampliando così le potenzialità terapeutiche della musica. Startup innovative stanno esplorando queste frontiere, creando piattaforme che combinano musica, interattività e

realtà aumentata per supportare il benessere psicofisico, la riabilitazione cognitiva e la gestione di disturbi come ansia e depressione.

In sintesi, VR e AR in musicoterapia rappresentano un'evoluzione tecnologica che consente di progettare interventi immersivi, adattivi e multisensoriali, capaci di potenziare l'efficacia terapeutica della musica attraverso ambienti esperienziali personalizzati, interattivi e coinvolgenti, aprendo nuove strade per l'educazione musicale, la riabilitazione e il benessere emotivo

Warm up

Riscaldamento

Wearable Sensor

Dispositivo indossabile che acquisisce parametri fisiologici o di movimento, integrabile in sistemi di biofeedback musicali. (Regterschot et al., 2021)

WFMT (World Federation of Music Therapy)

Organizzazione internazionale che rappresenta le associazioni di musicoterapia di tutto il mondo, promuove standard formativi, ricerca e collaborazione globale. Sviluppa documenti di riferimento come il Global Core Curriculum. (WFMT, 2019)

White paper

documenti tecnici e informativi che analizzano temi normativi o propongono soluzioni legislative. Questi documenti vengono spesso utilizzati per informare decisori politici, stakeholder e il pubblico su questioni complesse o su possibili riforme.

WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life) – BREF

Versione abbreviata (26 item) del WHOQOL-100 sviluppata dal WHOQOL Group per misurare la qualità di vita percepita in maniera cross-culturale. Il questionario, auto-compilato su scala Likert a 5 punti, restituisce punteggi in quattro domini:

1. Physical Health (7 item)
2. Psychological Health (6 item)
3. Social Relationships (3 item)
4. Environment (8 item)

Più due item singoli su qualità di vita generale e stato di salute complessivo. I punteggi di dominio possono essere riportati su scala 4-20 o trasformati su 0-100; valori più alti indicano QoL migliore. Lo strumento mostra buona affidabilità interna ($\alpha \geq 0,70$), validità di costrutto e responsività in numerose condizioni cliniche e popolazioni, ed è raccomandato quando il tempo di somministrazione deve restare ≤ 10 minuti.

Workflow

Il termine workflow, tradotto in italiano come “flusso di lavoro”, indica una sequenza organizzata di attività o passaggi necessari per raggiungere un obiettivo specifico. Un workflow può essere lineare o dinamico e include input, compiti, regole, strumenti e output, coordinando persone, sistemi e risorse per ottimizzare il processo e ridurre errori, tempi morti e inefficienze. Un workflow può essere rappresentato come un diagramma o una lista di controllo che mostra cosa deve essere fatto, da chi e in quale ordine

Workflow multitraccia

Procedura di registrazione e missaggio su più canali simultanei che consente l'editing indipendente di ogni traccia (voci, strumenti, effetti) per creare prodotti audio complessi. (Huber & Runstein, 2017)

F. Bibliografia

Adler, J. (2002). Offering from the conscious body: The discipline of Authentic Movement. *Studies in Dance Education*, 3(2), 127–138.

Ahnert, W., & Noy, D. (Eds.). (2022). *Sound reinforcement for audio engineers*. Focal Press. <https://doi.org/10.4324/9781003220268>

Altshuler, I. M. (1944). Four years' experience with music as a therapeutic agent at Eloise Hospital. *American Journal of Psychiatry*, 100(7), 792–794. <https://doi.org/10.1176/ajp.100.7.792>

American Music Therapy Association. (2013). *Professional competencies*. Silver Spring, MD: AMTA.

American Music Therapy Association, & Certification Board for Music Therapists. (2021). *Music therapy advocacy toolkit* (4th ed.). Silver Spring, MD: Authors. Recuperato il 27 aprile 2025 da https://www.musictherapy.org/assets/1/18/AMTA_CBMT_Advocacy_Toolkit.pdf

Ansdell, G., & Pavlicevic, M. (2004). Musical companionship, musical community: Music therapy and the act of accompaniment. In M. Pavlicevic & G. Ansdell (Eds.), *Community music therapy* (pp.17–40). Jessica Kingsley Publishers.

Arvidson, M., Lyon, F., McKay, S., & Moro, D. (2013). Valuing the social? The nature and controversies of measuring social return on investment (SROI). *Voluntary Sector Review*, 4(1), 3–18. <https://doi.org/10.1332/204080513X661554>

Austin, D. (2008). *The theory and practice of vocal psychotherapy: Songs of the self*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Baker, F., & Wigram, T. (2005). *Songwriting: Methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Barbosa, Á., & Cordeiro, J. (2011, November 18–20). *The influence of perceptual attack times in networked music performance*. Paper presented at the 44th International Conference of the Audio Engineering Society (AES), San Diego, CA, USA.

Barwick, M., Dubrowski, R., & Petricca, K. (2020). Knowledge translation: The rise of implementation. Oxford Research Encyclopedia of Psychology. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.201>

- Benward, B., & Saker, T. (2009). *Music in theory and practice* (8th ed.). McGraw-Hill.
- Boyatzis, R. E. (1982). *The competent manager: a model for effective performance*. Wiley.
- Burgstahler, S. E., & Cory, R. C. (Eds.). (2008). *Universal design in higher education: From principles to practice*. Harvard Education Press.
- Briot, J. P., Hadjeres, G., & Pachet, F. D. (2020). *Deep learning techniques for music generation*. Springer.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- Bruscia, K. E. (2014). *Defining music therapy* (3rd ed.). Barcelona Publishers.
- Bruscia, K. E., & Grocke, D. E. (2002). *Guided imagery and music: The Bonny method and beyond*. Barcelona Publishers.
- Capperucci, D. (2017). *Progettazione e valutazione per competenze: rubriche e compiti autentici*. Firenze: Università di Firenze.
- CASP. (2018). *Critical Appraisal Skills Programme checklists*. Oxford: CASP.
- Castoldi, M. (2018). *Progettare per competenze*. Milano: FrancoAngeli.
- Certification Board for Music Therapists. (2025). *Candidate handbook: Program for board certification in music therapy* Downingtown, PA: Author.
- CIHR (Canadian Institutes of Health Research). (2015). *Knowledge translation framework*. Ottawa: CIHR.
- Cohen, M., Hatfield, B., Loewy, J., Werrmann, K., & Vrabel, C. (2020). Cost-effectiveness of music therapy after stroke. *Disability and Rehabilitation*, 42(14), 2046-2053. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1563638>
- Cooperrider, D. L., & Srivastva, S. (1987). *Appreciative inquiry in organizational life*. In R. W. Woodman & W. A. Pasmore (Eds.), *Research in organizational change and development* (Vol. 1, pp. 129-169). JAI Press. <https://doi.org/10.1108/eb057999>
- Cooperrider, D. L., & Whitney, D. (2005). *Appreciative Inquiry: A Positive Revolution in Change*. Berrett-Koehler.
- Creative Commons. (2017). *Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)*. Mountain View: Creative Commons.

- Crenshaw, K. W. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE.
- Damasio, A. R. (2020). *Lo strano ordine delle cose. Vita, sentimenti e la creazione delle culture* (I. C. Blum, Trad.). Adelphi. (Opera originale pubblicata nel 2018).
- Darrow, A. A., & Adamek, M. (2018). Instructional strategies for the inclusive music classroom. *General Music Today*, 31(3), 61-65.
<https://doi.org/10.1177/1048371317716381>
- Davies, R., & Dart, J. (2005). *The 'Most Significant Change' (MSC) Technique: A Guide to Its Use*. CARE International & UK Department for International Development.
- Davis, W. B., Gfeller, K. E., & Thaut, M. H. (2008). *An introduction to music therapy: Theory and practice* (3rd ed.). American Music Therapy Association.
- Day, R. A. (1989). *How to write and publish a scientific paper* (3rd ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- DeNora, T. (2000). *Music in Everyday Life*. Cambridge University Press.
- Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 70(11), 35-36.
- Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (1986). *Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*. Free Press.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (4th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Duncan, E. A., & Murray, J. (2012). The barriers and facilitators to routine outcome measurement by allied health professionals in practice: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 12(1), 96. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-96>
- Dweck, C. S. (2006). *Mindset: The New Psychology of Success*. Random House
- Ebrahim, A. (2003). Accountability in practice: Mechanisms for NGOs. *World Development*, 31(5), 813–829.
- Edwards, J. (2016). The economics of music therapy: A SWOT analysis. *Music Therapy Today*, 12(1), 17-28.
- EUnetHTA. (2018). *HTA core model*. Helsinki: EUnetHTA.

European Music Therapy Confederation. (2019). *Competency framework*. EMTC.

European Music Therapy Confederation. (2023). *EMTC training standards: A working document* (Version 3.0). Brussels, Belgium: Author. Recuperato il 27 aprile 2025 da <https://emtc-eu.com>

Faulkner, S. C. (2023). *Drumming, rhythm and regulation through a polyvagal lens*. JoCAT, 18(1).

Ferrara, L. (1984). Phenomenology as a Tool for Musical Analysis. *The Musical Quarterly*, 70(3), 355-373.

Fetter, R. B. (1991). Diagnosis related groups: Understanding hospital performance. *Interfaces*, 21(1), 6-26. <https://doi.org/10.1287/inte.21.1.6>

Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/13713.000>

Giordano, F., Federici, A., Valentini, E., & D'Elia, L. (2023). Assessment in music therapy: A systematic review of tools in adult clinical practice. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1137660>

Glover, K. K. (2020). *A phenomenological study of the therapeutic relationship in tele-music therapy in the US* (Doctoral dissertation, Molloy College). Molloy University Theses & Dissertations, 85. <https://digitalcommons.molloy.edu/etd/85>

Goodwin, N. (2016). Understanding integrated care. *International Journal of Integrated Care*, 16(4), 6. <https://doi.org/10.5334/ijic.2530>

Gold, C., Solli, H. P., Krüger, V., & Lie, S. A. (2009). Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(3), 193-207. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.001>

Gonçalves-Bradley, D. C., Lannin, N. A., Clemson, L. M., Cameron, I. D., & Shepperd, S. (2016). Discharge planning from hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), CD000313. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000313.pub5>

Gurel, P. (2018). Looping as therapeutic technique: Historical and theoretical foundations. *Music Therapy Perspectives*, 36(2), 217-226.

Hadley, S. (Ed.). (2007). *Feminist perspectives in music therapy*. Barcelona Publishers.

Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>

Hansen, H., Sandelowski, M., & Paterson, B. (2013). Preparation of qualitative manuscripts. *Qualitative Health Research*, 23(1), 127-132.

Harris, M. F., Jayasinghe, U. W., Taggart, J. R., et al. (2004). Multidisciplinary teamwork in Australian general practice: Synergy in the absence of strategy. *Australian Journal of Primary Health*, 10(3), 54–60.

Hatry, H. P. (2006). *Performance measurement: Getting results* (2nd ed.). Urban Institute Press.

Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., Altman, D. G., Barbour, V., Macdonald, H., Johnston, M., Lamb, S. E., Dixon-Woods, M., McCulloch, P., Wyatt, J. C., Chan, A. W., & Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: Template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*, 348, g1687. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>

Huber, D. M., & Runstein, R. E. (2017). *Modern recording techniques* (9th ed.). Focal Press.

Hull, A. (2006). *Drum circle facilitation: Building community through rhythm*. Village Music Circles.

International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (2024). *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*.

Izhaki, R. (2013). *Mixing audio: Concepts, practices and tools* (2nd ed.). Focal Press.

Kahneman, D. (2011). *Thinking, Fast and Slow*. Farrar, Straus and Giroux.

Kazdin, A. E. (2010). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings* (2nd ed.). Oxford University Press.

Kayes, G. (2004). *Singing and the actor* (2nd ed.). A & C Black.

Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4(6), 443-453. <https://doi.org/10.1007/BF01530764>

Knott, D., & Block, S. (2021). Virtual music therapy: Developing new approaches to service delivery. *Music Therapy Perspectives*, 39(1), 12-17. <https://doi.org/10.1093/mtp/miaa030>

Koelsch, S. (2014). Brain correlates of music-evoked emotions. *Nature Reviews Neuroscience*, 15(3), 170-180. <https://doi.org/10.1038/nrn3666>

Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning*. Prentice-Hall.

Kolb, A. Y., & Kolb, D. A. (2017). *The experiential educator*. Kaunus.

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th ed.). SAGE Publications

Laban, R. (1966). *Choreutics*. Macdonald & Evans.

Le Boterf, G. (1994). *De la compétence: Essai sur un attracteur étrange*. Les Editions d'organisation.

March, J. (1989). Exploration and exploitation in organizational learning. *Organization Science*, 2(1), 71-87.

Levack, W. M., Weatherall, M., Hay-Smith, E. J., Dean, S. G., McPherson, K., & Siegert, R. J. (2016). Goal setting and strategies to enhance goal pursuit in adult rehabilitation: Summary of a Cochrane systematic review and meta-analysis. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 52(3), 400-416.

Levine, M. (1995). *The jazz piano book*. Sher Music.

Lewin, K. (1951). *Field theory in social science: Selected theoretical papers* (D. Cartwright, Ed.). Harper & Row.

Magee, W. L. (Ed.). (2013). *Music technology in therapeutic and health settings*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Magee, W. L., Siegert, R. J., Daveson, B. A., Lenton-Smith, G., & Taylor, S. M. (2014). Music Therapy Assessment Tool for Awareness in Disorders of Consciousness (MATADOC): Standardisation of the principal subscale to assess awareness in patients with disorders of consciousness. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24(1), 101-124. <https://doi.org/10.1080/09602011.2013.844174>

McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for intelligence. *American Psychologist*, 28(1), 1-14.

MIDI Association. (2020). *The MIDI specification*. La Habra, CA: MIDI Association.

Ministero della Salute. (2017). *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*. Roma: Ministero della Salute.

Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., Montori, V., Gøtzsche, P. C., Devereaux, P. J., Elbourne, D., Egger, M., & Altman, D. G. (2010). CONSORT 2010 explanation and elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*, 340, c869. <https://doi.org/10.1136/bmj.c869>

Moreno, J. L. (1953). *Who shall survive? Foundations of sociometry, group psychotherapy and sociometry*. Beacon House.

National Institute for Occupational Safety and Health. (2019). *Criteria for a recommended standard: Occupational noise exposure* (DHHS Publication No. 2019-123). U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/niosh/topics/noise/>

Newham, P. (1999). *The singing cure: An introduction to voice movement therapy*. Rider.

Nosek, B. A., Ebersole, C. R., DeHaven, A. C., & Mellor, D. T. (2015). The preregistration revolution. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(11), 2600–2606.

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. W. W. Norton.

O'Kelly, J., & Magee, W. L. (2013). Music therapy with disorders of consciousness and neuroscience: The need for dialogue. *Nordic Journal of Music Therapy*, 22(2), 93-106. <https://doi.org/10.1080/08098131.2012.709269>

Organizzazione Mondiale della Sanità. (2001). *Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF)*. Genève: OMS.

Patel, A. D. (2008). *Music, language, and the brain*. Oxford: Oxford University Press.

Pavlicevic, M. (2010). Crime, community, and everyday practice: Music therapy as social activism. In B. Stige, G. Ansdell, C. Elefant, & M. Pavlicevic (Eds.), *Where music helps: Community music therapy in action and reflection* (pp. 223-244). Aldershot: Ashgate.

Polanyi, M. (1966). *The tacit dimension*. University of Chicago Press.

Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. New York: W. W. Norton.

Priem, J., Taraborelli, D., Groth, P., & Neylon, C. (2010). *Altmetrics: A manifesto*. Retrieved from <http://altmetrics.org/manifesto>

Regterschot, G. R. H., Ribbers, G. M., & Bussmann, J. B. J. (2021). *Wearable movement sensors for rehabilitation: From technology to clinical practice*. *Sensors*, 21(14), 4744. <https://doi.org/10.3390/s21144744​>

Richardson, W. S., Wilson, M. C., Nishikawa, J., & Hayward, R. S. (1995). The well-built clinical question: A key to evidence-based decisions. *ACP Journal Club*, 123(3), A12.

Robb, S. L., Hanson-Abromeit, D., May, L., Hernandez-Ruiz, E., Allison, M., Belloat, A., Daugherty, S., Kurtz, R., Ott, A., Oyedele, O. O., Polasik, S., Rager, A., Rifkin, J., & Wolf, E. (2018). Reporting quality of music intervention research in healthcare: A systematic review. *Complementary Therapies in Medicine*, 38, 24-41.

<https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.02.008>

Rolvsjord, R. (2010). *Resource oriented music therapy: A musicological perspective on empowerment*. Barcelona Publishers.

Ross, S., Curry, N., & Goodwin, N. (2011). Case management: What it is and how it can best be implemented. The King's Fund, 1-32.

https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Case-Management-paper-The-Kings-Fund-Paper-November-2011_0.pdf

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>

Scherer, K. R. (2003). Vocal communication of emotion: A review of research paradigms. *Speech Communication*, 40(1-2), 227-256.

[https://doi.org/10.1016/S0167-6393\(02\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S0167-6393(02)00084-5)

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.

Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W. W. Norton.

Senior, M. (2011). *Mixing secrets for the small studio*. Focal Press.

Shore, L. M., Randel, A. E., Chung, B. G., Dean, M. A., Ehrhart, K. H., & Singh, G. (2011). Inclusion and diversity in work groups: A review and model for future research. *Journal of Management*, 37(4), 1262-1289.

Stevens, J. A., & Levi, A. J. (2011). *Introduction to rubrics: An assessment tool to save grading time, convey effective feedback, and promote student learning*. Sterling, VA: Stylus Publishing.

Stige, B. (2002). *Culture-centred music therapy*. Gilsum, NH: Barcelona Publishers.

Stige, B., & Ansdell, G. (2010). *Where music helps: Community music therapy in action and reflection*. Aldershot: Ashgate.

Tamplin, J., Loveridge, B., Clarke, K., Li, Y., & Berlowitz, D. J. (2020). Development and feasibility testing of an online virtual reality platform for delivering therapeutic group singing interventions for people living with spinal cord injury.

Journal of Telemedicine and Telecare, 26(6), 365-375.
<https://doi.org/10.1177/1357633X19828463>

Tapson, K., Daykin, N., & Walters, D. M. (2018). The value of 'not being seen': A social return on investment analysis of a community singing group for people with mental health issues and learning disabilities. *Arts & Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, 10(3), 246-261.
<https://doi.org/10.1080/17533015.2017.1413399>

Thaut, M. H. (2005). *Rhythm, music, and the brain: Scientific foundations and clinical applications*. New York: Routledge.

Thaut, M. H. (2007). Rhythmic auditory stimulation in rehabilitation of movement disorders: A review of current research. In E. Altenmüller, J. Kesselring, & M. Wiesendanger (Eds.), *Music and the brain: Neurological foundations of music* (pp. 303-314). Oxford: Oxford University Press.

Thaut, M. H. (2015). The discovery of human auditory-motor entrainment and its role in the development of neurologic music therapy. *Progress in Brain Research*, 217, 253-266. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2014.11.030>

Thaut, M. H., & Hoemberg, V. (Eds.). (2014). *Handbook of neurologic music therapy*. Oxford: Oxford University Press.

Titze, I. R. (2000). Voice research: Phonation into a straw as a voice building exercise. *Journal of Singing*, 57(1), 27-28.

Trondalen, G., & Skårderud, F. (2007). Playing with Affects: ... and the importance of "affect attunement." *Nordic Journal of Music Therapy*, 16(2), 100-111.
<https://doi.org/10.1080/08098130709478180>

US Congress. (1996). *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996*. Washington, DC: US Congress.

Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. Cambridge, MA: MIT Press.

Wenger, E. (1998). *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*. Cambridge University Press.

Wiggins, G. (1998). *Educative assessment: Designing assessments to inform and improve student performance*. Jossey-Bass.

Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and techniques for music therapy clinicians, educators and students*. Jessica Kingsley Publishers.

Wilkinson, M. D., Dumontier, M., Aalbersberg, I. J., Appleton, G., Axton, M., Baak, A., Blomberg, N., Boiten, J. W., da Silva Santos, L. B., Bourne, P. E., Bouwman, J., Brookes, A. J., Clark, T., Crosas, M., Dillo, I., Dumon, O., Edmunds, S., Evelo, C. T.,

Finkers, R., ... Mons, B. (2016). The FAIR Guiding Principles for scientific data management and stewardship. *Scientific Data*, 3, 160018.
<https://doi.org/10.1038/sdata.2016.18>

Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 585–595.

World Federation of Music Therapy. (2019, draft). *Global core curriculum for music therapy*. WFMT.

World Federation of Music Therapy. (2022). *Guidelines for sustainable practice in music therapy*. WFMT.

World Health Organization. (2019). *Outcome measures framework*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2024). *Guidelines for cleaning and disinfection of musical instruments in healthcare and community setting* (WHO/MT/2024.1). Geneva, Switzerland: Author.

World Intellectual Property Organization. (2020). *What is intellectual property?* Geneva: WIPO.

Wright, M. (2005). Open Sound Control: An enabling technology for musical networking. *Organised Sound*, 10(3), 193–200. <https://doi.org/10.1017/S1355771805000932>

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy* (6th ed.). Basic Books

Yeager, D. S., & Dweck, C. S. (2012). *Mindsets that promote resilience*. *Educational Psychologist*, 47(4), 302–314.

G. Bibliografia per Macro Aree

La bibliografia che segue è stata riorganizzata per aree tematiche, corrispondenti alle nove macro-aree di conoscenza e competenza delineate nel manuale di riferimento. Questa scelta nasce dall'esigenza di offrire uno strumento pratico, che faciliti la consultazione mirata delle fonti e valorizzi la ricchezza interdisciplinare della musicoterapia contemporanea.

Organizzare i riferimenti bibliografici secondo le aree di competenza permette a studenti, docenti e professionisti di orientarsi rapidamente tra i contributi più rilevanti per ciascun ambito, sostenendo percorsi di approfondimento personalizzati e favorendo una lettura critica e contestualizzata della letteratura. Questa modalità mette inoltre in evidenza la copertura bibliografica di ogni area, suggerendo possibili integrazioni future e promuovendo un dialogo costante tra teoria, ricerca e pratica.

Le fonti sono elencate in ordine alfabetico all'interno di ciascuna area; alcuni testi, per la loro natura trasversale, possono essere pertinenti a più di una sezione. Questa struttura tematica trasforma la bibliografia da semplice elenco a mappa concettuale dinamica, riflettendo la complessità epistemologica della musicoterapia. Ogni area include testi fondativi, ricerche recenti e strumenti operativi, creando ponti tra teoria e pratica.

Macro Area 1 – SICUREZZA & GESTIONE DEL RISCHIO

Questa area raccoglie riferimenti su protocolli clinici, gestione del rischio, prevenzione del danno, sicurezza fisica e digitale, igiene sonora, aspetti normativi e valutazione economica nei contesti di cura e formazione.

Creative Commons. (2017). Attribution 4.0 International (CC BY 4.0).

Manuale di riferimento per la licenza internazionale più diffusa per la condivisione di opere creative, garantendo chiarezza su diritti, doveri e limiti d'uso di materiali digitali e musicali

Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). Methods for the economic evaluation of health care programmes (4th ed.).

Testo fondamentale per valutare costi, benefici e sostenibilità degli interventi sanitari, con strumenti pratici per l'analisi economica applicabile anche ai servizi di musicoterapia.

Fetter, R. B. (1991). Diagnosis related groups: Understanding hospital performance.

Esponde il sistema DRG, che classifica i ricoveri ospedalieri per diagnosi e risorse utilizzate, base per la gestione dei rimborsi e la valutazione dell'efficienza in ambito sanitario.

Hatry, H. P. (2006). Performance measurement: Getting results (2nd ed.).

Guida pratica alla misurazione delle performance nei servizi pubblici e sanitari, con focus su indicatori di output, outcome e processi per migliorare la qualità e la responsabilità gestionale.

MIDI Association. (2020). The MIDI specification.

Standard internazionale per la comunicazione tra strumenti musicali elettronici e software, fondamentale per la sicurezza e l'interoperabilità nei contesti digitali musicali.

Ministero della Salute. (2017). Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.

Documento normativo che stabilisce i servizi minimi garantiti dal SSN, utile per orientare la pratica musicoterapica nei contesti pubblici e assicurare il rispetto dei diritti degli utenti.

National Institute for Occupational Safety and Health. (2019). Criteria for a recommended standard: Occupational noise exposure.

Linee guida per la prevenzione dei danni da esposizione al rumore in ambito lavorativo, con raccomandazioni su limiti di sicurezza e strategie di protezione per operatori e utenti.

Polanyi, M. (1966). The tacit dimension.

Opera classica sulla conoscenza tacita: esplora come molte competenze professionali, inclusa la gestione del rischio, siano basate su saperi impliciti e non sempre verbalizzabili.

Schön, D. A. (1983). The reflective practitioner: How professionals think in action.

Analisi della riflessione nella pratica professionale, fondamentale per sviluppare consapevolezza dei rischi e capacità di adattamento in situazioni complesse.

US Congress. (1996). Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996.

Legge statunitense che regola la protezione dei dati sanitari e la privacy, riferimento essenziale per la gestione sicura delle informazioni cliniche anche in tele-musicoterapia.

World Health Organization. (2024). Guidelines for cleaning and disinfection of musical instruments in healthcare and community setting.

Linee guida OMS aggiornate per la sanificazione degli strumenti musicali, fondamentali per prevenire infezioni e garantire ambienti sicuri in ambito sanitario e comunitario.

Macro Area 2 Relazionale

Questa sezione comprende testi e ricerche sulle dinamiche di gruppo, la comunicazione verbale e non verbale, la relazione terapeutica, la facilitazione di processi comunitari e la gestione di inclusione/diversità.

Adler, J. (2002). Offering from the conscious body: The discipline of authentic movement.

Presenta il metodo del Movimento Autentico, una pratica di ascolto profondo e comunicazione non verbale che favorisce consapevolezza corporea, empatia e presenza relazionale, utilissima per la formazione del musicoterapeuta.

Ansdell, G., & Pavlicevic, M. (2004). Community music therapy.

Espone i principi e le pratiche della Community Music Therapy, mostrando come la musica possa creare reti di relazione, inclusione e trasformazione sociale oltre il setting clinico tradizionale.

Austin, D. (2008). The theory and practice of vocal psychotherapy.

Analizza come la voce, usata in modo espressivo e relazionale, diventi strumento privilegiato per esplorare e trasformare le dinamiche emotive e la relazione terapeutica.

Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). Focus groups: A practical guide for applied research (5th ed.).

Manuale pratico per la conduzione e l'analisi di focus group, utile per facilitare dinamiche di gruppo, raccogliere feedback e sviluppare competenze di ascolto attivo e dialogo.

Moreno, J. L. (1953). Who shall survive? Foundations of sociometry, group psychotherapy and sociometry.

Opera fondativa sulla sociometria e la psicoterapia di gruppo, illustra strumenti per analizzare e facilitare le relazioni e i ruoli nei gruppi, preziosi per la musicoterapia di comunità.

Pavlicevic, M. (2010). Crime, community, and everyday practice: Music therapy as social activism.

Riflette sul ruolo della musicoterapia come pratica di attivismo sociale, mostrando come la relazione musicale possa favorire inclusione, empowerment e cambiamento nelle comunità marginalizzate.

Shore, L. M., Randel, A. E., Chung, B. G., Dean, M. A., Ehrhart, K. H., & Singh, G. (2011). Inclusion and diversity in work groups: A review and model for future research.

Esamina come la diversità e l'inclusione influenzino le dinamiche di gruppo e la qualità della relazione, offrendo modelli utili per promuovere ambienti terapeutici equi e accoglienti.

Stern, D. N. (2004). The present moment in psychotherapy and everyday life.

Analizza la micro-temporalità degli scambi relazionali e l'importanza dei "momenti presenti" nella costruzione di connessioni autentiche, centrali nella pratica musicoterapica.

Trondalen, G., & Skårderud, F. (2007). Playing with Affects: ... and the importance of "affect attunement."

Esplora il concetto di "attunement affettivo" nella relazione terapeutica, mostrando come la musica faciliti la sintonizzazione emotiva tra terapeuta e utente.

Wigram, T. (2004). Improvisation: Methods and techniques for music therapy clinicians, educators and students.

Guida pratica all'improvvisazione musicale come strumento di relazione, comunicazione e co-creazione, fondamentale per rispondere in modo flessibile ai bisogni relazionali degli utenti.

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). The theory and practice of group psychotherapy (6th ed.).

Testo di riferimento sulla psicoterapia di gruppo, descrive i fattori terapeutici e le dinamiche relazionali che si sviluppano nei gruppi, con spunti applicabili anche alla conduzione di gruppi musicoterapici.

Macro Area 3 – ORGANIZZATIVA

Fonti dedicate alla progettazione, documentazione, valutazione, gestione e miglioramento dei processi, con particolare attenzione a strumenti di assessment, rubriche, obiettivi e strategie di implementazione.

Capperucci, D. (2017). Progettazione e valutazione per competenze: rubriche e compiti autentici.

Manuale pratico che illustra come progettare interventi educativi e terapeutici basati su rubriche valutative e compiti autentici, offrendo strumenti per documentare e misurare la crescita delle competenze in modo trasparente e condiviso.

Castoldi, M. (2018). Progettare per competenze.

Guida teorico-pratica alla progettazione didattica e clinica per competenze, con particolare attenzione alla definizione di obiettivi, indicatori di risultato e strumenti di valutazione applicabili anche in musicoterapia.

CIHR (Canadian Institutes of Health Research). (2015). Knowledge translation framework.

Documento di riferimento internazionale che descrive il ciclo di traduzione della conoscenza dalla ricerca alla pratica, fornendo strategie per implementare e valutare l'impatto degli interventi basati su evidenze.

Davies, R., & Dart, J. (2005). The 'Most Significant Change' (MSC) Technique: A Guide to Its Use.

Manuale operativo che presenta la tecnica MSC per la valutazione qualitativa dei cambiamenti più significativi percepiti dagli utenti, utile per la documentazione narrativa degli esiti in progetti complessi e partecipativi.

Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives.

Articolo che introduce l'acronimo SMART per la definizione di obiettivi Specifici, Misurabili, Attuabili, Rilevanti e Temporalmente definiti, modello oggi imprescindibile nella progettazione di interventi clinici e formativi.

Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs.

Presenta il metodo GAS per la valutazione individualizzata degli obiettivi, consentendo una misurazione flessibile e comparabile dei risultati anche in percorsi musicoterapici personalizzati.

Magee, W. L. (Ed.). (2019). Music technology in therapeutic and health settings.

Volume che esplora l'integrazione delle tecnologie musicali nella progettazione e documentazione di interventi terapeutici, offrendo esempi di workflow, strumenti digitali e strategie di monitoraggio dei processi.

Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., et al. (2010). CONSORT 2010 explanation and elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials.

Linee guida internazionali per la trasparenza e la completezza nella documentazione di trial clinici, utili come standard anche per la stesura e la valutazione di progetti e ricerche in musicoterapia.

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't.

Articolo fondativo che definisce i principi della medicina basata sulle evidenze, sottolineando l'importanza di integrare ricerca, esperienza clinica e valori dell'utente nella progettazione degli interventi.

Wiggins, G. (1998). Educative assessment: Designing assessments to inform and improve student performance.

Testo di riferimento sulla valutazione autentica, che propone strumenti per progettare compiti e criteri valutativi in grado di documentare il reale sviluppo delle competenze in contesti complessi come la musicoterapia.

Macro Area 4 – MUSICO-STRUMENTALE

Questa area raccoglie testi sulle tecnologie musicali, la produzione, la registrazione, la prassi strumentale e le innovazioni digitali applicate alla musicoterapia e alla formazione musicale.

Ahnert, W., & Noy, D. (2022). Sound reinforcement engineering: Fundamentals and practice.

Manuale tecnico che esplora i principi dell'amplificazione sonora in ambienti live e studio, fornendo solide basi per la gestione della qualità e sicurezza acustica nei setting musicoterapici.

Benward, B., & Saker, M. (2009). Music in theory and practice.

Testo fondamentale di teoria musicale che copre armonia, melodia, ritmo e analisi, utile per sviluppare competenze solide nella strutturazione e nell'improvvisazione musicale in terapia.

Briot, J. P., Hadjeres, G., & Pachet, F. D. (2020). Deep learning techniques for music generation.

Volume che introduce le principali tecniche di intelligenza artificiale per la generazione musicale automatica, offrendo spunti per l'innovazione e la personalizzazione degli strumenti digitali in musicoterapia.

Huber, D. M., & Runstein, R. E. (2017). Modern recording techniques (9th ed.).

Guida completa alle tecniche di registrazione audio, dalla microfonazione al mixaggio, indispensabile per musicoterapeuti che documentano, producono o progettano materiali sonori personalizzati.

Izhaki, R. (2013). Mixing audio: Concepts, practices and tools (2nd ed.).

Manuale pratico sul mixaggio audio, che spiega principi, strumenti e workflow per ottenere un suono bilanciato e professionale, anche in contesti clinici o educativi.

Kayes, G. (2004). Singing and the actor (2nd ed.).

Testo che integra tecnica vocale e interpretazione, fornendo strategie per l'uso espressivo e funzionale della voce, applicabili anche nella conduzione di attività vocali in musicoterapia.

Levine, M. (1995). The jazz piano book.

Guida avanzata all'improvvisazione e all'accompagnamento pianistico jazz, ricca di esempi pratici e analisi armoniche, ideale per musicoterapeuti che usano il pianoforte come strumento principale.

Senior, M. (2011). Mixing secrets for the small studio.

Manuale focalizzato sulle strategie di mixaggio in studi di piccole dimensioni, con soluzioni accessibili e creative per ottenere risultati professionali anche con risorse limitate.

Thaut, M. H., & Hoemberg, V. (Eds.). (2014). Handbook of neurologic music therapy.

Opera di riferimento internazionale che descrive tecniche e protocolli di Neurologic Music Therapy, con particolare attenzione all'uso terapeutico di strumenti e tecnologie musicali in ambito riabilitativo.

Wright, M. (2005). Open Sound Control: An enabling technology for musical networking.

Articolo che presenta il protocollo OSC per la comunicazione tra dispositivi musicali digitali, illustrando le potenzialità di networking e interattività nelle applicazioni cliniche e collaborative.

Macro Area 5 – VOCE

Fonti dedicate alla tecnica vocale, alla voce come strumento terapeutico, alla prosodia, alla comunicazione emotiva e alle pratiche di songwriting e canto in musicoterapia.

Austin, D. (2008). The theory and practice of vocal psychotherapy.

Esplora l'uso della voce cantata e parlata come strumento terapeutico, illustrando tecniche di improvvisazione vocale e "vocal holding" per facilitare l'espressione emotiva, l'elaborazione di traumi e la costruzione della relazione terapeutica.

Baker, F., & Wigram, T. (2005). Songwriting: Methods, techniques and clinical applications for music therapy clinicians, educators and students.

Manuale pratico che presenta il songwriting come tecnica terapeutica per promuovere espressione di sé, narrazione e agency, con esempi applicativi per diversi contesti clinici e fasce d'età.

Bruscia, K. E., & Grocke, D. E. (2002). Guided imagery and music: The Bonny method and beyond.

Descrive il metodo GIM, in cui l'ascolto guidato di musica favorisce l'emergere di immagini, emozioni e narrazioni interiori, utilizzando la voce per sostenere, guidare e rispecchiare l'esperienza dell'utente.

Koelsch, S. (2014). Brain correlates of music-evoked emotions.

Rassegna neuroscientifica che analizza i meccanismi cerebrali coinvolti nelle emozioni evocate dalla musica e dalla voce, offrendo spunti per l'uso intenzionale della vocalità nella modulazione affettiva.

Newham, P. (1999). The singing cure: An introduction to voice movement therapy.

Presenta la Voice Movement Therapy, un approccio integrato che utilizza esercizi vocali e corporei per liberare la voce, esplorare emozioni e promuovere il benessere psicofisico.

Patel, A. D. (2008). Music, language, and the brain.

Analizza le interazioni tra musica, linguaggio e cervello, offrendo solide basi teoriche per comprendere la prosodia, la produzione vocale e le applicazioni cliniche della voce in musicoterapia.

Scherer, K. R. (2003). Vocal communication of emotion: A review of research paradigms.

Rassegna dei principali modelli di ricerca sulla comunicazione emotiva attraverso la voce, con particolare attenzione ai parametri prosodici e al loro ruolo nella relazione terapeutica.

Titze, I. R. (2000). Voice research: Phonation into a straw as a voice building exercise.

Presenta esercizi SOVT ("phonation in straw") per migliorare la salute vocale, la resistenza e la flessibilità della voce, utili per la prevenzione e la cura delle disfonie nei professionisti della relazione d'aiuto.

Macro Area 6 – CORPO E MOVIMENTO

Testi sull'embodiment, l'integrazione sensomotoria, l'analisi del movimento, la teoria polivagale, la relazione corpo-suono e le tecniche corporee in ambito terapeutico.

Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (1986). Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer.

Analizza il ruolo dell'intuizione e dell'esperienza nella competenza professionale, evidenziando come l'expertise si sviluppi oltre le regole esplicite.

Hansen, H., Sandelowski, M., & Paterson, B. (2013). Preparation of qualitative manuscripts.

Guida alla preparazione di manoscritti qualitativi, utile per musicoterapeuti che documentano esperienze cliniche e di ricerca.

Laban, R. (1966). Choreutics.

Opera fondamentale sull'analisi del movimento, con applicazioni in terapia del movimento e musicoterapia.

Magee, W. L., Siegert, R. J., Daveson, B. A., Lenton-Smith, G., & Taylor, S. M. (2014). Music Therapy Assessment Tool for Awareness in Disorders of Consciousness (MATADOC).

Strumento standardizzato per valutare la consapevolezza in pazienti con disturbi della coscienza, utilizzato in neuroriabilitazione.

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy.

Approccio terapeutico che integra corpo e mente, focalizzato sulla regolazione sensomotoria e l'elaborazione del trauma.

Porges, S. W. (2011). The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation

Teoria neurofisiologica che spiega la regolazione degli stati emotivi e di sicurezza attraverso il nervo vago, con applicazioni in musicoterapia.

Stern, D. N. (2004). The present moment in psychotherapy and everyday life.

Esplora l'importanza del momento presente e della micro-temporalità nelle interazioni terapeutiche e relazionali.

Thaut, M. H. (2005). Rhythm, music, and the brain: Scientific foundations and clinical applications.

Analizza i meccanismi neurologici dell'entrainment ritmico e le applicazioni cliniche in riabilitazione e musicoterapia.

Varela, F. J., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). The embodied mind: Cognitive science and human experience.

Opera che integra scienze cognitive e fenomenologia, sottolineando l'importanza dell'embodiment nell'esperienza umana e terapeutica.

Macro Area 7 – CLINICO-TERAPEUTICA

Riferimenti su assessment, pianificazione, tecniche di intervento, outcome, tele-musicoterapia, strumenti di valutazione e modelli resource-oriented.

Bruscia, K. E. (2014). Defining music therapy (3rd ed.).

Opera fondamentale che offre una definizione integrativa e critica della musicoterapia, analizzando processi, metodi e criteri di pratica clinica, con particolare attenzione alla relazione tra musica, terapeuta e cliente e ai modelli di intervento.

Edwards, J. (2016). The economics of music therapy: A SWOT analysis.

Analizza punti di forza, debolezze, opportunità e minacce della musicoterapia in ottica economica e gestionale, fornendo strumenti per valutare sostenibilità e impatto dei servizi clinici.

Giordano, F., Federici, A., Valentini, E., & D'Elia, L. (2023). Assessment in music therapy: A systematic review of tools in adult clinical practice.

Rassegna sistematica degli strumenti di valutazione utilizzati nella pratica musicoterapica con adulti, utile per orientare la scelta di scale, questionari e metodi di assessment evidence-based.

Gold, C., Solli, H. P., Krüger, V., & Lie, S. A. (2009). Dose–response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: Systematic review and meta-analysis.

Meta-analisi che dimostra l'efficacia della musicoterapia nei disturbi mentali gravi, evidenziando una relazione dose-risposta tra numero di sessioni e miglioramento di sintomi e funzionamento.

Glover, K. K. (2020). A phenomenological study of the therapeutic relationship in tele-music therapy in the US.

Studio qualitativo che esplora le dinamiche della relazione terapeutica nella tele-musicoterapia, offrendo spunti per l'adattamento clinico in setting a distanza.

Knott, D., & Block, S. (2021). Virtual music therapy: Developing new approaches to service delivery.

Analizza modelli innovativi di erogazione della musicoterapia in modalità virtuale, con riflessioni su vantaggi, limiti e strategie per mantenere efficacia e personalizzazione.

Rolvsjord, R. (2010). Resource oriented music therapy: A musicological perspective on empowerment.

Espone l'approccio resource-oriented, che valorizza le risorse e le competenze dell'utente come motore del cambiamento clinico, promuovendo empowerment e partecipazione attiva.

Tamplin, J., Loveridge, B., Clarke, K., Li, Y., & Berlowitz, D. J. (2020). Development and feasibility testing of an online virtual reality platform for delivering therapeutic group singing interventions.

Descrive lo sviluppo e la sperimentazione di una piattaforma di realtà virtuale per il canto terapeutico di gruppo, illustrando potenzialità e criticità delle tecnologie immersive in ambito clinico.

EUnetHTA. (2018). HTA core model.

Modello di valutazione multidimensionale delle tecnologie sanitarie, applicabile anche alla musicoterapia per integrare aspetti clinici, organizzativi, economici ed etici nella pianificazione e valutazione degli interventi.

Macro Area 8 – RICERCA E EVIDENCE-BASED PRACTICE

Testi su metodologia della ricerca, open science, valutazione critica, linee guida per la scrittura scientifica, gestione dei dati e indicatori bibliometrici.

Arvidson, M., Lyon, F., McKay, S., & Moro, D. (2013). Valuing the social? The nature and controversies of measuring social return on investment (SROI).

Analizza i principi, le potenzialità e le criticità del metodo SROI per valutare l'impatto sociale delle pratiche di aiuto, fornendo strumenti utili per documentare e comunicare il valore aggiunto della musicoterapia in termini economici e sociali.

CASP. (2018). Critical Appraisal Skills Programme checklists.

Serie di checklist standardizzate per valutare la qualità metodologica degli studi di ricerca, fondamentali per una lettura critica e consapevole della letteratura scientifica in ambito clinico.

Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2017). Designing and conducting mixed methods research (3rd ed.).

Manuale di riferimento internazionale sulla progettazione e conduzione di studi che integrano dati quantitativi e qualitativi, utile per costruire ricerche complesse in musicoterapia.

Day, R. A. (1989). How to write and publish a scientific paper (3rd ed.).

Guida pratica e sintetica alla scrittura scientifica, dalla strutturazione dell'articolo alla pubblicazione, pensata per chi desidera comunicare risultati di ricerca in modo chiaro e rigoroso.

Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., et al. (2014). Better reporting of interventions: Template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide.

Presenta una checklist in 12 punti per descrivere in modo trasparente e replicabile gli interventi clinici, fondamentale per la qualità e la riproducibilità della ricerca in musicoterapia.

Nosek, B. A., Ebersole, C. R., DeHaven, A. C., & Mellor, D. T. (2015). The preregistration revolution.

Introduce la pratica della preregistrazione degli studi scientifici per aumentare trasparenza, replicabilità e affidabilità della ricerca, promuovendo un approccio open science.

Priem, J., Taraborelli, D., Groth, P., & Neylon, C. (2010). Altmetrics: A manifesto.

Manifesto che propone indicatori alternativi alle citazioni accademiche tradizionali (altmetrics) per valutare l'impatto sociale e digitale delle pubblicazioni scientifiche, rilevante per la disseminazione della ricerca in musicoterapia.

Richardson, W. S., Wilson, M. C., Nishikawa, J., & Hayward, R. S. (1995). The well-built clinical question: A key to evidence-based decisions.

Articolo che introduce il framework PICO per formulare domande cliniche strutturate, facilitando la ricerca di evidenze pertinenti e la pratica evidence-based.

Wilkinson, M. D., Dumontier, M., Aalbersberg, I. J., et al. (2016). The FAIR Guiding Principles for scientific data management and stewardship.

Espone i principi FAIR (Findable, Accessible, Interoperable, Reusable) per la gestione e condivisione dei dati di ricerca, fondamentali per garantire trasparenza, accessibilità e riutilizzo dei dati scientifici in musicoterapia.

Macro Area 9 – ETICA E DEONTOLOGIA

Fonti su principi etici, legislazione, advocacy, accountability, sostenibilità, proprietà intellettuale e linee guida professionali.

AMTA & CBMT (2021). Music therapy advocacy toolkit.

Manuale operativo che fornisce strategie, strumenti e linee guida per promuovere il riconoscimento, la tutela e lo sviluppo della professione di musicoterapeuta presso istituzioni, decisori politici e comunità.

Boyatzis, R. E. (1982). The competent manager: a model for effective performance.

Opera fondamentale che introduce il modello delle competenze come insieme integrato di conoscenze, abilità e atteggiamenti, fornendo una base teorica per la valutazione e lo sviluppo della professionalità anche in ambito musicoterapico.

Bruscia, K. E. (1998). The dynamics of music psychotherapy.

Testo che esplora la dimensione etica e relazionale della musicoterapia, con particolare attenzione ai confini professionali, alla responsabilità terapeutica e ai dilemmi deontologici nella pratica clinica.

Burgstahler, S. E., & Cory, R. C. (Eds.). (2008). Universal design in higher education: From principles to practice.

Volume che promuove il principio dell'accessibilità universale nella progettazione di ambienti e servizi, offrendo modelli e buone pratiche per garantire equità e inclusione anche nei contesti formativi e terapeutici.

Ebrahim, A. (2003). Accountability in practice: Mechanisms for NGOs.

Analizza i meccanismi di accountability e trasparenza nelle organizzazioni, fornendo spunti per la responsabilità etica, la rendicontazione e la gestione del rischio professionale nei servizi di musicoterapia.

European Music Therapy Confederation. (2023). EMTC training standards: A working document (Version 3.0).

Documento ufficiale che definisce standard formativi, requisiti etici e criteri di qualità per la formazione e la pratica professionale del musicoterapeuta a livello europeo.

World Federation of Music Therapy. (2022). Guidelines for sustainable practice in music therapy.

Linee guida internazionali che promuovono una pratica della musicoterapia etica, sostenibile e responsabile, con attenzione alla tutela dell'utente, all'ambiente e alla comunità professionale.

World Intellectual Property Organization. (2020). What is intellectual property?

Guida introduttiva ai principi della proprietà intellettuale, utile per comprendere diritti, doveri e limiti nell'uso, creazione e condivisione di materiali musicali e terapeutici.



La mia storia professionale inizia nei primi anni Novanta, quando comincio a lavorare con anziani affetti da Demenza di Alzheimer, pazienti psichiatrici e malati terminali oncologici, scoprendo nella musica un linguaggio capace di raggiungere l'anima anche quando le parole non bastano più. Dal 2000 porto la mia esperienza nel mondo della formazione, conducendo laboratori esperienziali che esplorano le infinite possibilità del suono, della voce, del corpo, del ritmo presso Agenzie Formative Private, Università e Conservatori in tutta Italia. Il mio percorso accademico mi vede protagonista dal 2006 al 2021 come titolare della Cattedra Sperimentale di Musicoterapia presso il Conservatorio "E.F. Dall'Abaco" di Verona, ruolo che dal 2022 evolve nella cattedra di "Teorie e Tecniche di Musicoterapia" nel Biennio

Specialistico dello stesso istituto. Ho saputo tradurre la mia ricca esperienza in pubblicazioni che sono diventate punti di riferimento nel settore. Tra i miei lavori più significativi: "Songwriting" (Armando Editore, 2007), dove esploro la composizione di canzoni come strategia terapeutica; "Community Music Therapy" (Franco Angeli, 2018, con Stefania Mattiello), che apre nuovi orizzonti sulla musicoterapia comunitaria; "Music NeuroFit" (Gesualdo Editore, 2021, con Sara Demoro e Giulia Martini), innovativo training di stimolazione cognitiva; "Antologia di canzoni fragili" (Gesualdo Editore, 2021, con Luca Xodo) e il recente "Dell'inclusione in musicoterapia" (Gesualdo Editore, 2024, con Enrico Ceccato).



Orpheus